



HAL
open science

La sexualité du couple après la naissance d'un enfant : quel accompagnement?

Louise Hébrard

► **To cite this version:**

Louise Hébrard. La sexualité du couple après la naissance d'un enfant : quel accompagnement?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02864795

HAL Id: dumas-02864795

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02864795>

Submitted on 11 Jun 2020

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.



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**LA SEXUALITE DU COUPLE APRES LA NAISSANCE D'UN
ENFANT : QUEL ACCOMPAGNEMENT ?**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

HEBRARD Louise

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Années 2019



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**LA SEXUALITE DU COUPLE APRES LA NAISSANCE D'UN
ENFANT : QUEL ACCOMPAGNEMENT ?**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

HEBRARD Louise

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Années 2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements à l'ensemble des personnes qui, de près ou de loin, m'ont accompagné et soutenu au cours de mes études et lors de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie Mme Poumeyrol, directrice de mémoire, pour m'avoir épaulé, conseillé et corrigé tout au long de ce travail.

Je remercie tous les professionnels, ayant accepté de participer à l'étude, pour le temps qu'ils m'ont accordé et pour la spontanéité de leurs témoignages.

Je tiens également à remercier Hélène et Emilie, sages-femmes, pour leurs conseils, leur soutien et leur gentillesse durant ces études.

Je ne remercierais jamais assez mes parents et mon frère, pour leur soutien précieux et pour avoir cru en moi depuis toujours !

Merci à Adrien pour m'avoir encouragé et supporté au fil des années et plus particulièrement au cours de cette dernière année.

Merci à Camille pour son amitié et sa présence si précieuse.

Merci à Julie pour son oreille attentive.

Merci à Juliette, pour son aide et son soutien.

Merci à toute la promotion pour ces quatre années passées ensemble et tout particulièrement à Mathilde, Lauriane, Louise, Léa, Agathe, Amy et Clara pour tous ces moments partagés.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
REVUE DE LA LITTERATURE	4
1 La santé sexuelle.....	5
2 Physiologie de la sexualité	6
3 Impact de la grossesse, accouchement et nouvelle parentalité sur la sexualité	9
4 Prise en charge de la sexualité du couple par les professionnels de santé et les difficultés retrouvées	18
METHODE	23
1 Population	24
2 Méthodes.....	24
RESULTATS - DISCUSSION	27
1 Description de la population	28
2 Représentation de la sexualité humaine	29
3 Sexualité des couples parentaux	30
4 La formation en sexologie	42
5 Collaboration en santé sexuelle.....	45
6 Difficultés rencontrées par les professionnels non formés en sexologie.....	47
7 Place de la sage-femme dans l'accompagnement sexologique	49
POINTS FORTS DE L'ETUDE	51
LIMITES DE L'ETUDE	51
PROJETS D'ACTION	51
CONCLUSION	53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

A l'ère où les médias dominent et créés l'image d'une société érotisée, on peut percevoir un réel décalage entre les normes sexuelles renvoyées par la société et la réalité des jeunes couples d'aujourd'hui, particulièrement ceux élevant des enfants en bas âges.
(1)

Il existe une ambivalence dans la représentation de la sexualité. D'un côté, une hypersexualisation de la société, implicite et explicite, diffusée principalement à travers les médias mettant très souvent l'accent sur la performance. Et de l'autre, le poids des coutumes et des religions, véhiculant le message du tabou et de l'intime mais également des notions de « devoir conjugal ».(2)

Ces différentes représentations peuvent avoir des impacts importants sur l'épanouissement d'une personne dans sa vie sexuelle et dans son couple.

En effet, la sexualité joue un rôle central dans la vie du couple. Souvent considérée comme le ciment de celui-ci, la sexualité évolue pourtant au fil de la vie et nécessite des adaptations régulières pour maintenir le bonheur sexuel et amoureux, autrement dit, l'équilibre du couple.

La période périnatale fait partie de ces épreuves qui nécessitent une adaptation du couple, dans leur vie et dans leur sexualité.

Le nombre de séparations après la naissance d'un enfant témoigne de ces difficultés rencontrées. En effet, selon une étude canadienne, 18% des couples parentaux se séparent dans les quatre premières années qui suivent la naissance du premier enfant.(3)

La sage-femme étant l'un des interlocuteurs privilégiés de la période périnatale, pourrait tenir un rôle important dans l'information, la prévention et le soutien des couples dans leur sexualité. (3,4)

Dans ce mémoire, nous chercherons donc à étudier les différentes problématiques rencontrées par les couples suite à la naissance d'un enfant et de déterminer leurs besoins d'accompagnement lors de cette période.

De cette façon, cette étude, s'adressant aux professionnels accompagnants des couples parentaux, notamment aux sages-femmes, aura pour objectif une prise en charge en santé sexuelle plus adaptée, ainsi qu'au développement d'une collaboration interprofessionnelle autour de ce sujet.

REVUE DE LA LITTERATURE

1 LA SANTE SEXUELLE

Au début du XXe siècle, l'abord de la sexualité se limitait à une approche reproductive et rare étaient les auteurs qui abordaient la recherche exclusive de plaisir considéré alors comme un acte de perversion.

Avec la découverte et la diffusion de la pilule contraceptive, le rapport à la sexualité a évolué : la fonction de reproduction et la fonction de recherche du plaisir se sont peu à peu distinguées. (5)

En 1974, l'OMS a introduit le concept de la « santé sexuelle ». Ce terme fait référence à une approche positive de la sexualité humaine. En effet, l'OMS définit le concept de santé sexuelle comme « *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.* »

A travers cette définition, l'OMS émet l'idée selon laquelle la sexualité contribue à un état de bien-être bénéfique à la santé.

De plus l'OMS souligne le caractère multifactoriel de la sexualité. (6)

Ce caractère multifactoriel a été repris par Denise Bateau, qui décrit la sexualité à travers 6 dimensions :

- **Dimension cognitive** : les connaissances, les conceptions, les façons de penser et les réflexions sur divers aspects de la sexualité
- **Dimension affective** : les sentiments, les attitudes et les valeurs éprouvés face à soi-même et à autrui, ainsi que leur expression
- **Dimension psychologique** : l'identité sexuelle, l'estime de soi, l'image corporelle, la communication, le partage, l'intimité et l'imaginaire

- **Dimension socio-culturelle** : les rapports entre les groupes et entre les individus, l'impact de la société et de la culture, le modèle familial, les normes et les règles régissant la sexualité
- **Dimension morale, spirituelle et religieuse** : les valeurs, l'éthique, les règles de conduite et les croyances face à la sexualité
- **Dimension biologique** : les caractéristiques sexuelles primaires et secondaires, la réponse sexuelle humaine, la reproduction, la contraception et les infections sexuellement transmissibles (7)

2 PHYSIOLOGIE DE LA SEXUALITE

La physiologie de la sexualité a évolué, passant d'une physiologie linéaire, modèle de Masters & Johnson (1966) en 4 étapes (excitation, plateau, orgasme et résolution), puis modèle de Kaplan (1977) en 3 étapes (désir, excitation et orgasme). On considère aujourd'hui que la physiologie de la sexualité n'est pas linéaire mais que l'on peut la représenter sous forme d'un cycle : la réponse sexuelle féminine circulaire de Rosemary Basson (modèle de 2001). (8,9)

2.1 Le désir

Pour Rosemary Basson, il existe 2 sortes de désir :

- Le désir inné, désir endogène (fantasme et idées sexuelles), sous l'influence des hormones dites sexuelles
- Le désir réactif, désir exogène (sensoriel), secondaire à une excitation physique adéquate

Le désir de l'homme et de la femme ne s'exprime pas de la même façon. Le désir masculin est direct et se focalise sur le rapport sexuel, tandis que le désir féminin est le plus souvent indirect, secondaire, il se nourrit de la relation et de la tendresse du partenaire. La femme

exprime souvent son désir en miroir du partenaire, c'est-à-dire que son désir est un peu le désir du désir de l'autre. (10)

Le désir sexuel dépend du rapprochement émotionnel du couple, du bien-être et de l'image de soi.

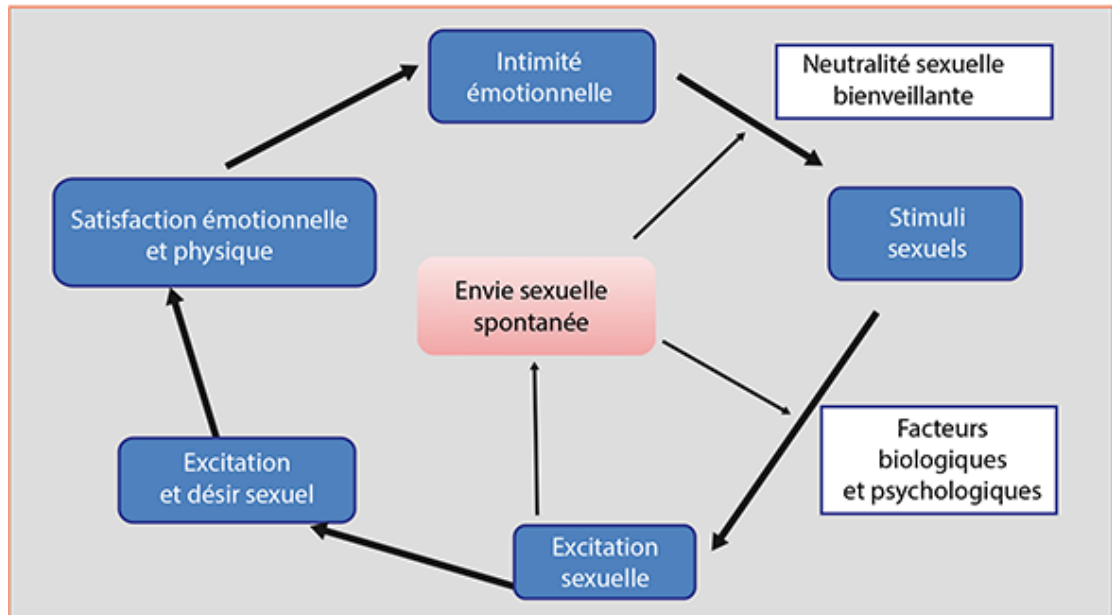


Figure 1 : La réponse sexuelle féminine circulaire de Rosemary Basson

Ce modèle de Rosemary Basson correspond au cycle de la réponse sexuelle d'une femme installée dans une relation longue. Le modèle de réponse sexuelle d'une femme en relation courte se rapprocherai plus d'un modèle classique de Kaplan ou de Masters & Johnson.

Basson décrit la femme dans un état de base de « *neutralité sexuelle bienveillante* », c'est-à-dire que l'attraction sexuelle coïncide avec les obligations quotidiennes, les distractions ou la fatigue liée aux enfants, et qui prennent le dessus après quelques années de relation. Quand le moment se prête, que la femme ressent une opportunité sexuelle, qui peut être guidée par un désir exogène et / ou endogène, elle va sortir de son état de neutralité et se mettre en quête de « *stimuli sexuels* » pour alimenter son désir. Le désir sexuel devient alors ressenti comme une soif de « *sensations sexuelles* », traduit dans la figure 1 par « *excitation sexuelle* ». « *L'excitation et le désir sexuel* » vient alors en réponse des sensations sexuelles ressenties. Ensuite apparait « *la satisfaction émotionnelle et physique* » qui alimentera le désir inné. Le souvenir de cette satisfaction et des sensations sexuelles interviendra dans l'initiation d'un nouveau cycle sexuel. (11)

2.2 *L'excitation*

La physiologie de l'excitation sexuelle peut être décrite comme une augmentation de l'activité du système nerveux autonome qui se traduit par une augmentation du flux sanguin vers la sphère génitale et les tissus érectiles, par une lubrification vaginale, par la congestion du clitoris et des petites lèvres, l'écartement des grandes lèvres et l'allongement de la partie postéro-supérieure du vagin.

Après cette phase initiale, survient une phase de plateau, caractérisée par un changement de forme du vagin qui prend l'aspect d'une poire. Cette forme de poire est dû à un rétrécissement du tiers inférieur sous l'effet de la contraction du diaphragme périnéal et élargissement du fond vaginal sous l'effet de la contraction du levator ani (diaphragme pelvien). (10)

2.3 *L'orgasme*

L'orgasme correspond au pic du plaisir sexuel et commence quelques secondes avant le déclenchement de la tension sexuelle et des huit à dix contractions musculaires saccadées et involontaires des muscles périnéaux et des organes pelviens liés à la reproduction (vagin et utérus).

L'orgasme s'accompagne de l'érection des mamelons et d'une accélération de la respiration et du rythme cardiaque.

La stimulation doit être maintenue jusqu'à l'orgasme car, chez la femme, un arrêt de la stimulation entraîne une retombée de l'excitation. De plus, à la différence de l'homme, la femme n'a pas de période réfractaire, c'est-à-dire qu'elle a la possibilité d'avoir plusieurs orgasmes répétés à quelques secondes d'intervalle si la stimulation est maintenue

Puis vient la phase de résolution, qui se manifeste par une relaxation des muscles et une diminution de la vasodilatation périnéale. Pendant cette phase, la femme a une sensation de satisfaction et d'euphorie. (8)

3 IMPACT DE LA GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET NOUVELLE PARENTALITE SUR LA SEXUALITE

La sexualité est soumise à des variations au cours de la vie. En effet certains évènements de la vie font que la sexualité d'un couple n'est pas toujours la même. La fréquence des rapports peut changer mais également le désir et le plaisir peuvent être modifiés.

Parmi les nombreuses raisons qui peuvent modifier la sexualité, la période périnatale est un bouleversement qui peut impacter l'intimité du couple. (1,12-17)

Dès le désir d'enfant, la sexualité se modifie. Elle acquiert une nouvelle fonction qui est celle de la reproduction, faisant parfois passer le désir d'enfant avant la recherche de plaisir. Puis, lors de la grossesse, on observe souvent une baisse de la fréquence des rapports sexuels, notamment au 1^{er} et au 3^e trimestre de la grossesse où le désir semble modifié à cause de divers facteurs (diminution physiologique de la libido, maux de grossesse, peurs diverses ...) (1)

Mais le grand bouleversement apparaît au moment de la naissance de l'enfant. En effet, de nombreux facteurs modifient l'équilibre du couple. La sexualité se réinstalle dans le couple quand un nouvel équilibre se crée : en moyenne entre 6 et 8 semaines après l'accouchement. Les rapports sexuels pourraient pourtant être repris dès la deuxième semaine de post-partum, lorsqu'il n'y a plus de risque de désunion des sutures et que les pertes de sang ont bien diminué. Mais on remarque que l'intimité dans le couple peine à se réinstaller dans la période du post-partum. En moyenne 80% des couples ont repris une sexualité 3 mois après l'accouchement mais à 12 mois du post-partum, il reste encore 5% des couples qui n'ont pas eu de rapports sexuels après l'accouchement. (1,18,19)

Un grand nombre de facteurs influençant la sexualité dans le post partum sont recensés dans la littérature. Certains facteurs influencent la sexualité principalement dans les 6 premiers mois qui suivent l'accouchement et d'autres facteurs sont à l'origine de difficultés perdurant après 6 mois. (1,12,13,18,20-24)

Parmi les multiples facteurs, on retrouve :

- Les interventions à l'accouchement et le vécu du couple
- Les lésions périnéales (épisiotomie, déchirures), l'insuffisance périnéale et l'incontinence urinaire,
- Les dyspareunies,
- La lubrification vaginale,
- Le changement hormonal et l'allaitement,
- La fatigue, les contextes dépressifs,
- L'image de soi, la confiance en soi et en son corps,
- La communication dans le couple,
- La qualité du couple avant la grossesse,
- Le changement identitaire et la transition à la parentalité,
- Le manque d'information

Ces facteurs peuvent perturber différentes phases de la sexualité :

- Le désir érotique
- L'excitation sexuelle
- La pénétration
- Le plaisir orgasmique

C'est en fonction de la phase atteinte que l'on pourra mettre en place des conseils et des actions adaptés. (25)

3.1 Mode d'accouchement, intervention et vécu de la naissance

Les études sont parfois en contradiction à propos de l'impact du mode d'accouchement sur la reprise des rapports sexuels mais de manière générale, les études montrent l'absence d'impact significatif du mode d'accouchement, césarienne ou accouchement voie basse, à long terme, c'est-à-dire 6 mois après la naissance de l'enfant. (1,19,20)

Mais dans les 3 premiers mois du post-partum, les interventions médicales, peuvent entraîner des traumatismes physiques et psychiques qui peuvent, eux, avoir un impact sur la vie sexuelle du couple en post-partum. Parmi ces traumatismes, on retrouve :

- Les lésions périnéales, qui peuvent être responsables de dyspareunie, (13,20)
- Les neuropathies en lien avec l'étirement des fibres nerveuses qui peuvent être à l'origine d'une perte de sensibilité vaginale,
- Une mauvaise image de soi qui peut être liée à l'image de la vulve sur-distendue pendant l'accouchement ou la sensation de béance vulvaire après l'accouchement. Des incontinences urinaires ou anales transitoires après l'accouchement peuvent être également à l'origine d'une mauvaise image de soi. (22)

3.2 *Dyspareunies*

La dyspareunie est définie comme une douleur génitale persistante ou récurrente associée à un rapport sexuel. Elle est l'une des difficultés de reprise des rapports intimes après l'accouchement la plus évoquée. (26)

Les dyspareunies sont très souvent en lien avec des accouchements voies basses, ayant nécessités une intervention instrumentale (ventouse, forceps), qui ont conduit à des lésions périnéales.

La parité a également une importance dans les dyspareunies en lien avec les lésions périnéales car le taux d'épisiotomies et d'accouchements avec aide instrumentale est plus important pour les femmes primipares que pour les multipares.

De façon générale, des études montrent que, après 6 mois, le lien entre les lésions périnéales et les dyspareunies n'est plus significatif. (20)

Mais il faut être vigilant avec les dyspareunies du post-partum car elles peuvent être responsables d'une diminution du plaisir, qui peut entraîner une diminution du désir et également une diminution de la lubrification vaginale et entretenir les douleurs à long terme.

Les dyspareunies peuvent être préexistantes à la grossesse. Elles sont très souvent retrouvées parmi les dyspareunies du post-partum persistantes après 6 mois.

Parmi les douleurs préexistantes à la grossesse, on retrouve le vaginisme, qui se traduit par une impossibilité de la pénétration ou une pénétration douloureuse due à un spasme de la musculature périnéale. Le vaginisme a souvent une origine psychologique. (9)

3.3 Modifications hormonales et allaitement.

Après l'accouchement, les taux d'œstrogène et de progestérone chutent de manière radicale, parallèlement, le taux de prolactine s'élève. S'il n'y a pas d'allaitement, les taux hormonaux se normalisent vers la cinquième semaine post-partum.

Pour rappel, l'œstrogène est l'hormone du plaisir alors que la prolactine est une hormone diminuant la réceptivité sexuelle. On comprend donc que la modification hormonale du post-partum ait un impact important sur le désir sexuel de la femme. (23)

Les femmes décrivent une diminution de la libido et une sécheresse vaginale. (27)

En cas d'allaitement, le climat hormonal du post-partum perdure toute la durée de l'allaitement jusqu'à quelques semaines après son arrêt. Mais les hormones ne sont pas la seule cause de cette diminution du désir sexuel. Le lien fusionnel avec l'enfant ou encore la peur d'écoulement de lait pendant le rapport peuvent être à l'origine d'une diminution de la libido. (1)

Des dyspareunies ont été décrites chez des femmes allaitantes. Il est probable que ces dyspareunies soient liées au changement hormonal, qui induit la perte de libido et la sécheresse vaginale. (20)

3.4 Changement identitaire, transition à la parentalité

La transition à la parentalité est une étape majeure dans la vie d'un couple. Elle commence dès la décision d'avoir un enfant. Les parents se préparent à cette transition par anticipation lors de la grossesse. A ce moment-là, ils peuvent se poser beaucoup de questions et des événements antérieurs refoulés peuvent refaire surface, la grossesse étant considérée comme une période de transparence psychologique.

Certains parents vont chercher à reproduire le modèle de leur enfance et d'autres à s'en éloigner le plus possible. (1,17)

Cette période de transition peut également se traduire à la naissance par un changement de l'ordre des priorités dans le couple et peut entraîner un déséquilibre. Le couple avant la naissance de l'enfant est dans une relation que l'on peut qualifier de dyadique. Quand l'enfant naît, cette relation peut être déséquilibrée et le passage d'une relation en dyade à une relation en triade peut ne pas être aisé.

Parfois, il se crée un lien particulier entre la femme et l'enfant où le père peut se sentir exclu et avoir du mal à trouver sa place. Ce sentiment d'exclusion et d'incapacité du père peut être augmenté en cas d'aide médicale à la procréation. De manière générale, l'AMP, par l'encadrement médical de la sexualité du couple, peut engendrer des troubles de la sexualité à long terme. (23)

Par ailleurs, le changement identitaire peut être difficile à accepter quand le partenaire perçoit sa femme non plus comme une femme mais uniquement comme une mère.

La transition à la parentalité est donc un moment critique pour l'intimité et la sexualité du couple. Malgré ce chamboulement affectif, il faut réussir à retrouver un nouvel équilibre à trois sain et positif pour le couple et l'enfant.

De manière générale dans la littérature, l'harmonie du couple, sa bonne entente et son soutien mutuel sont des facteurs de bon pronostic pour le couple et pour leur sexualité. (28)

3.5 Désir sexuel hypoactif :

Le désir sexuel hypoactif est défini comme une baisse persistante ou récidivante ou une absence de fantasmes sexuels et de désir d'activité sexuelle responsable de souffrance marquée ou de difficulté interpersonnelle. (29)

La diminution et/ou le manque de désir sexuel est un phénomène courant chez les femmes en période postnatale, voire pour la majorité. (1,12,21)

Un article met en évidence le caractère multifactoriel du Désir Sexuel Hypoactif Féminin. Cinq grandes étiologies du désir sexuel hypoactif sont citées :

- **Les facteurs cognitifs**, parmi lesquels on retrouve l'impact de la méconnaissance et des connaissances erronées sur la sexualité, la perception négative de son image corporelle, les pensées parasites, non permissives ou dépressives ainsi que l'influence des normes sociales. L'anticipation négative du rapport sexuel peut également être responsable d'un désir sexuel hypoactif.
- **Les facteurs physiologiques** (neurologique, chirurgicaux, hormonaux...) sont des étiologies qu'il ne faut pas prendre isolément. Ces étiologies peuvent engendrer des répercussions multiples. Il faut donc bien penser que la nature du désir sexuel hypoactif est multifactoriel.
- **Les facteurs comportementaux**, où on retrouve principalement le manque de réceptivité, les stratégies d'évitement, les conséquences de la routine et la focalisation sur les zones érogènes.
- **Les facteurs émotionnels** (crainte, anxiété, colère, culpabilité, sentiment d'insécurité affective...)
- **Les facteurs environnementaux**, regroupent le surinvestissement des secteurs extraconjugaux (travail, sport, hobby...), les relations de couples compliquées et la mauvaise communication au sein du couple entre autres. (2)

3.6 Dépression

La dépression, définie par un état de mal être psychique, à l'origine d'une diminution de l'estime de soi et d'une perte de l'élan vital, a des conséquences directes sur la sexualité.

En effet, comme le définit l'OMS, « *l'état de bien-être mental* », joue un rôle essentiel dans la sexualité.(6)

Le cerveau, centre des émotions et de la pensée, peut être comparé au premier organe de la sexualité. En effet, il existe une corrélation positive entre enthousiasme, bonheur, bien-être et désir sexuel. Au contraire, des pensées pessimistes, une vision de la vie négative, une mauvaise image de soi ont une action néfaste sur la sexualité.

Le post-partum est une période propice au trouble dépressif. Parmi les multiples facteurs qui peuvent en être à l'origine, on retrouve le passage d'une plénitude corporelle valorisée par la société à une sensation de vide et d'inutile, l'accouchement mal vécu, ou encore le passage à la parentalité plus difficile que ce que la société nous renvoie. (13,18,25,28,30)

Le syndrome dépressif dans la période du post-partum peut s'exprimer de différentes façons :

- Le babyblues, quelques jours après l'accouchement
- La dépression du post-partum, qui peut prolonger le babyblues ou débiter plus tard. Non acceptée par la société qui place la naissance et la parentalité comme des événements heureux. Elle est plus difficile à détecter.

A l'inverse, certains auteurs pensent que parfois la difficulté à la reprise de rapports intimes dans le couple peut conduire à une dépression. La diminution de la libido doit être considérée comme une diminution de l'élan vital, une absence temporaire de la pulsion de vie qui peut amener la femme à se sentir anormale, à éprouver un sentiment de culpabilité face au non accomplissement du devoir conjugal. Elle peut également avoir un sentiment de crainte et d'anxiété par rapport aux répercussions de sa diminution de désir. (2)

3.7 Image de soi :

Pendant la grossesse, le corps a une fonction toute particulière, accueillir le bébé. Le plus souvent cette fonction permet à la femme de mieux accepter les changements de son corps. De plus, la société renvoie une image positive de la femme enceinte, en idéalisant la grossesse. La future maman est souvent le centre de l'attention pendant sa grossesse. (23)

Après la naissance, la femme enceinte devient maman. Le corps n'a plus ce rôle d'accueil de l'enfant et pourtant il ne retrouve pas immédiatement son aspect d'avant grossesse. Parfois la grossesse, laisse des marques sur le corps qui s'atténueront plus ou moins mais ne disparaîtront pas totalement, comme les vergetures, les varices, le masque de grossesse ou la forme de la poitrine. L'accouchement, lui aussi, rentre dans le processus de

changement du corps : il peut y avoir des déchirures ou une épisiotomie, un relâchement vulvaire, des faiblesses des sphincters urinaire ou anal.

Ces différentes modifications corporelles sont acceptées au début du post-partum car cela n'est pas la préoccupation immédiate et que l'accouchement est encore récent. Mais l'impact de la grossesse et de naissance sur l'image corporelle augmente de façon significative à partir des 6 mois après la naissance de l'enfant. (31)

Les études montrent que la dégradation de son image corporelle et son estime de soi est en lien avec une diminution du désir sexuel. Si la femme ne se sent pas désirable, son désir sexuel diminue. (12)

3.8 Communication au sein du couple

La communication au sein du couple est très importante. Les études montrent qu'un défaut de communication est souvent responsable des difficultés dans la sexualité et plus particulièrement, il agit de façon négative sur le désir sexuel féminin.

La communication peut concerner la sexualité du couple, ses désirs ou au contraire ce qu'il n'apprécie pas, mais également les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne.

Ces difficultés peuvent être préexistantes à la naissance de l'enfant mais peuvent également apparaître suite au déséquilibre créé par la naissance de l'enfant. L'adaptation à la nouvelle vie de famille est souvent une épreuve pour les couples.

La communication, la verbalisation semble primordiale, afin d'éviter le développement de tension dans le couple et de sentiments négatifs comme la crainte, l'anxiété, la colère.

De nombreuses études mettent en évidence que l'entente du couple avant et pendant la grossesse est de bon augure pour un post-partum et donc un facteur positif pour la bonne reprise de la sexualité après la naissance.(18,28,32,33)

3.9 Les besoins des couples

Les études montrent que les couples manquent d'informations à propos de la période post natale et particulièrement à propos de la sexualité du post-partum. (13,18,32)

Seulement 15% des femmes venant d'accoucher aborderont le sujet avec un professionnel de santé et pourtant les études montrent que la plupart des femmes souhaiteraient être mieux informées. (20)

On peut retrouver la preuve de ce manque d'information à travers le nombre de questions au sujet de la sexualité après la naissance d'un enfant sur les forums internet.

A travers les forums internet, on remarque que les parents souhaitent être informés, rassurés, encouragés et soutenus à propos de la vie sexuelle, de la perception de l'image corporelle et du retour à la normalité.

Parmi les réponses apportées, on retrouve des partages d'expériences personnelles ou encore des partages de connaissances issues de lecture ou de transmissions orales. Parfois les professionnels sont évoqués mais ils ne sont pas représentés sur ces sites. Les réponses apportées renvoient surtout à des savoirs empiriques et non à des savoirs issus de sources biomédicales ou socio-psychologiques scientifiques. (34)

De manière générale, les études montrent que le fait d'informer le couple permet une reprise des rapports sexuels plus sereine. Au contraire, le manque d'informations apportées aux nouveaux parents par l'équipe médicale, concernant l'accouchement et la reprise d'une activité sexuelle, aggrave fortement le désir sexuel dans le couple.

Les principales sources d'informations sont les sites internet, les parents et les amis. Peu de femmes parlent de leurs difficultés sur le plan sexuel à leur sage-femme ou à leur médecin car elles manquent de confiance, sont embarrassées ou manquent de connaissances pour s'exprimer. Les femmes ont envies de s'exprimer sur la sexualité mais attendent que le professionnel aborde le sujet. (23,35)

4 PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE DU COUPLE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LES DIFFICULTES RETROUVEES

4.1 Compétences générales des professionnels de santé

L'OMS définit dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, des compétences de base en soins primaires. Le 3^e domaine qui définit des compétences générales en santé sexuelle et reproductive des prestataires de santé :

- Le(s) membre(s) de l'équipe de soins de santé primaires fourni(ssen)t des **soins** de santé sexuelle et reproductive complets et intégrés, travaillant efficacement avec et au sein de la communauté.
- Le(s) membre(s) de l'équipe de soins de santé primaires dispense(nt) une **éducation** en santé de qualité concernant la sexualité et la procréation, et les services fournis dans ce domaine.
- Le(s) membre(s) de l'équipe de soins de santé primaires prodigue(n)t des **conseils** de qualité concernant la santé sexuelle et reproductive, et les services dans ce domaine
- Le(s) membre(s) de l'équipe de soins de santé primaires évalue(nt) efficacement les **besoins** en santé sexuelle et reproductive des utilisateurs de services de soins de santé primaires pour leur **proposer un traitement ou les orienter** vers d'autres services le cas échéant. (36)

Dans une enquête menée au CHU de Genève tous les professionnels interrogés jugent nécessaire de parler de sexualité avec les patientes. Cependant 72% ne se jugent pas du tout ou pas assez formés et manquent de confiance et seulement 4% des professionnels interrogés disent aborder toujours le sujet, sans attendre une demande de la patiente.

Les autres freins souvent évoqués pour aborder la sexualité dans les consultations sont les consultations trop longues, l'embarras, le manque d'intérêt et l'absence de cotations.

Parmi les professionnels ne se sentant pas à l'aise pour aborder la sexualité avec leurs patients, 76 % préfèrent adresser le couple vers des confrères plus spécialisés. (37)

4.2 Les professionnels sexologues

La formation en sexologie s'adresse aux professions médicales, paramédicales et aux personnes exerçant dans le secteur de la psychologie et de la sociologie principalement.

Une étude du CAIRN montre que 68 % des sexologues déclarent être médecins (spécialistes : psychiatre, gynécologue et urologue principalement, ou généralistes), 12 % sont des psychologues diplômés et 21 % ont suivi d'autres formations professionnelles (infirmières, sages-femmes, éducateurs ou assistantes sociales entre autres).

Il n'existe pas une formation unique en sexologie avec un programme identique pour chaque ville. On peut retrouver :

- Des formations universitaires (DU et DIU)
- Des formations privées considérées comme qualifiantes,
- Des formations continues,
- La participation à des colloques et à des séminaires.

La plupart de ses formations comportent les termes de « sexologie clinique » ou de « sexualité humaine » dans leur intitulé. Les formations peuvent être s'adresser à différents types de professionnels en fonction de l'approche choisie.

Pour la plupart des sexologues, la sexologie ne constitue qu'une faible partie de leur activité professionnelle.

Cela s'explique en particulier par une absence de prise en charge des consultations. Par ailleurs la sexologie n'est peut-être pas reconnue, dans la conscience collective, comme une spécialité de la médecine sexuelle. (4,21)

4.3 Déroulement d'une consultation sexologique

Une consultation en sexologie se déroule le plus souvent en cabinet libéral, sous forme de consultation privée. Mais il existe également des consultations dans le cadre hospitalier. Ces dernières sont plus rares.

Les consultations peuvent se dérouler individuellement ou en couple. Recevoir le couple permet au sexologue d'observer la dynamique relationnelle, les attitudes et la qualité des échanges, verbaux et non verbaux. Le but de la consultation étant d'améliorer la communication entre les deux partenaires et de favoriser la discussion et le partage d'informations intimes pertinentes pour le couple.

Les consultations de sexologie sont des consultations longues. Elles durent en moyenne entre 30min et 1h et même parfois plus d'une heure.

Le nombre de consultations est variable. Parfois un seul et unique entretien leur suffit pour recadrer, reformuler et repenser leur problème sexuel et y trouver une solution. On peut noter une moyenne autour de 3 ou 4 séances. Très souvent le nombre de consultations n'excèdent pas une dizaine de rencontres.

En fonction de l'étiologie du motif de la consultation, le sexologue pourra décider de réorienter le couple vers un autre spécialiste ou proposer lui-même des prises en charge. Les interventions les plus souvent pratiquées sont les thérapies de couple, le conseil conjugal, les psychothérapies et les sexothérapies. On peut également retrouver des professionnels qui pratiquent des techniques de relaxation et de sophrologie, des thérapies comportementales ou encore de l'hypnose.

Le but de la consultation est de promouvoir une « santé sexuelle et une vie sexuelle libérée des peurs et des contraintes. » (O.M.S., 1975)

Pour cela, il est important de créer une atmosphère détendue et chaleureuse pour mettre à l'aise les patientes, ou le couples. Il est également important de faire un point d'éducation sur la physiologie sexuelle, de parler des idées reçues, de refaire un rappel anatomique si nécessaire. Des incitations à des lectures ou à des auto-caresses dans le but de mieux se connaître et de réveiller le potentiel désir peuvent être conseillés à la patiente ou au couple. Les différents conseils apportés doivent aider le couple à s'épanouir dans sa vie sexuelle. (25,37)

4.4 Coopération inter professionnelle

La sexologie est un domaine dont le champ d'action est pluridisciplinaire et nécessite donc une collaboration interprofessionnelle.

La coopération entre professionnels autour de la santé sexuelle semble encore faible. Peu de données à ce sujet sont retrouvées dans la littérature.

On peut quand même noter que pour adresser son patient, le professionnel se tourne surtout vers des spécialistes de l'organe cible (77%) ou font appel à un sexologue (33%)

Les motifs invoqués par ceux qui n'adressent pas au sexologue sont principalement : le manque de correspondants et la méconnaissance du travail du sexologue, puis le manque de remboursement pour les patients. (37)

4.5 Rôle de la sage-femme

La sage-femme a un rôle important à jouer dans le domaine de la santé sexuelle car elle est un des interlocuteurs privilégiés de la période périnatale.

Selon les recommandations de la HAS de 2005, « Des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les difficultés éventuelles. ». (38)

Les sages-femmes doivent également respecter au mieux les compétences de l'OMS, c'est-à-dire promouvoir la santé sexuelle en répondant aux besoins des couples et en fournissant des soins, de l'éducation et des conseils adaptés.

Les études montrent que les sages-femmes apportent souvent les conseils minima qui se limitent à la reprise des rapports sexuels après l'accouchement, aux soins à apporter aux lésions périnéales ainsi que leurs conséquences éventuelles sur la sexualité mais les sujets tels que la libido, le désir et l'orgasme après la grossesse sont rarement évoqués.

Pourtant la santé sexuelle devrait être abordée comme une action de prévention globale car les conséquences des troubles de la sexualité ont une véritable incidence en termes de santé publique. En effet, l'altération de la libido peuvent entraîner des états dépressifs. Des relations de couple perturbées peut entraîner de la violence conjugale. Enfin, des parents troublés dans leur identité de femme et d'homme peuvent transmettre une mauvaise image de la sexualité à leurs enfants. (23)

METHODE

1 POPULATION

1.1 L'échantillon de l'étude

Il s'agit d'un échantillon raisonné, avec un maximum de variation, composé de professionnels sages-femmes, kinésithérapeutes, éducateurs spécialisés, et conseillers conjugaux exerçant à l'hôpital ou en libéral, en France.

Le seul critère d'inclusion à l'étude est d'avoir reçu une formation diplômante en sexologie.

Les professionnels contactés ont été choisis de manière aléatoire sur les annuaires des associations de sexologues et grâce aux orientations de certains professionnels interrogés.

Au total, 32 professionnels sexologues ont été contactés par téléphone ou par e-mail. Sur les 32 professionnels contactés, 10 ont accepté l'entretien, 4 ont refusés par manque de temps, 18 n'ont pas répondu aux mails ou aux messages téléphoniques laissés.

2 METHODES

2.1 Type d'étude

Pour réponse aux objectifs, une étude qualitative descriptive et interprétative a été réalisée.

2.2 Le mode de recueil des données

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les professionnels sexologues en France. Les témoignages ont été recueillis lors d'entretiens téléphoniques ou lors d'entretiens en face à face lorsque la localisation du cabinet le permettait. Les entretiens étaient guidés à l'aide d'une grille d'entretien (Annexe I), qui a évolué au fil des entretiens. Ils avaient une durée d'environ 30 à 60 min. Au total, sept heures et quarante-cinq minutes d'entretien ont été recueillies.

Le recueil de données s'est arrêté à la saturation des données.

Avec accord du professionnel, ils ont été enregistrés avec un dictaphone puis retranscrit et anonymisé sur un document informatique de type texte.

Les entretiens se sont réalisés selon la disponibilité des professionnels. Ils ont été réalisés par le même enquêteur.

2.3 Le déroulement de l'étude

Les entretiens ont été réalisés de septembre 2018 à février 2019.

2.4 Le mode d'analyse des données

Les 9 entretiens enregistrés ont été retranscrits dans leur intégralité sur un logiciel de traitement de texte par saisie manuelle.

A partir des verbatims recueillis, une analyse thématique verticale a été réalisée. Chaque entretien, a été analysé, individuellement, à partir des thèmes dégagés en amont de la grille d'entretien (analyse descendante). Puis de nouveaux thèmes ont émergé lors de l'analyse du verbatim (analyse ascendante).

Une grille d'analyse du contenu a été utilisée comme premier outil d'analyse. Elle a permis de lister dans un tableau des extraits du verbatim et de faire émerger des catégories et thèmes. Lors de l'analyse des entretiens, l'aspect tonal et lexical a également été prise en compte.

Après ce premier recueil, une analyse verticale individuelle de synthèse a été effectuée, afin de lister les thèmes par ordre d'importance et de mettre en évidence leur récurrence ou leur intensité par exemple.

Puis, une analyse thématique transversale (horizontale) a eu lieu. Elle avait pour but d'analyser de façon quantitative et qualitative, l'apparition et la manière d'aborder les différents thèmes sur l'ensemble des entretiens. (39,40)

2.5 Les aspects éthiques et réglementaires

1.1.1. Avis de comités consultatifs

Pour la réalisation de ces entretiens, une déclaration auprès du délégué à la protection des données du CHU de Clermont-Ferrand a été réalisée. (Annexe II)

1.1.2. Information et consentement

Lors de la première prise de contact avec le professionnel, une adresse mail leur était demandée afin de leur transmettre une lettre d'information (Annexe III) concernant les modalités de l'étude. L'entretien était programmé quelques jours plus tard afin de leur laisser le temps de prendre connaissance de cette lettre.

Au début de chaque entretien, un consentement oral a été recueilli.

1.1.3. Anonymat

Durant cette étude, la confidentialité des données enregistrées et retranscrites a été respectée. De même, l'anonymat des professionnels a été respecté en ne citant pas les informations susceptibles de compromettre leur anonymat.

RESULTATS - DISCUSSION

1 DESCRIPTION DE LA POPULATION

Pour cette étude, 10 professionnels sexologues ont accepté de répondre aux entretiens proposés.

Nous exposerons, dans le tableau ci-dessous, les différents profils de professionnels ayant participé à l'étude. Dans le but de conserver leur anonymat, nous les nommerons par une initiale donnée aléatoirement.

Tableau I : Profil des professionnels ayant participé à un entretien.

	PROFESSION INITIALE	FORMATION EN SEXOLOGIE	MODE D'EXERCICE
MME A.	Conseillère conjugale	DIU de sexologie	Libéral
MME B.	Sage-femme	DIU de sexologie	Hospitalier
MME C.	Sage-femme	DIU de sexologie	Libéral
MME D.	Conseillère conjugale	Certificat de sexologie clinique	Associatif
MME E.	Sage-femme	DIU de sexologie	Libéral
MME F.	Kinésithérapeute	-Formation en sexologie -Formation en sexocorporel	Libéral
MME G.	Sage-femme	-DIU de sexologie -Formation en sexocorporel	Libéral en maison de santé
MME H.	Kinésithérapeute	DIU de sexologie	Libéral
MME I.	Sage-femme	-DIU de sexologie -Formation en sexocorporel	Libéral
M. J.	Educateur spécialisé	-DU en éducation sexuel	En institution Et libéral

2 REPRESENTATION DE LA SEXUALITE HUMAINE

2.1 Généralités

« Aborder la question de sexualité, c'est aborder la question de l'être humain dans sa globalité », selon M. J.

Comme lui, tous les sexologues interrogés ont souligné l'importance de la sexualité dans la vie globale d'une personne.

Les sexologues s'entendent pour affirmer que la sexualité influe sur le bien-être de la personne, ainsi que sur leur façon de se comporter en société. Quand Mme H insiste sur *« le lien énorme entre sexualité et psychisme »*. D'autres, comme Mme F, Mme B ou Mme D, rapportent, elles, *« des états de déprime », « un réel mal-être », et une « atteinte de l'estime de soi »*.

A travers les témoignages des sexologues, on retrouve l'importance de ne pas considérer la sexualité seule mais plutôt comme s'intégrant à part entière dans la santé.

Le concept de santé sexuelle, seulement évoqué par M. J. et en fait sous-entendu dans les discours de tous les sexologues interrogés.

Pour M. J., il est *« important de banaliser la sexualité dans la santé »*.

On retrouve à travers ces témoignages l'importance du concept de santé sexuelle, développé par l'OMS.

De la même façon, le caractère multidimensionnel de la sexualité, décrit par Denise Badeau, est également repris par les sexologues. Ils abordent notamment la dimension psychologique lorsqu'ils parlent de la sexualité au sein de la santé globale.

2.2 La sexualité du couple après la naissance d'un enfant

Dans la vie sexuelle d'un couple, la naissance d'un enfant intervient comme une étape pivot au même titre que l'adolescence ou la ménopause chez la femme. M. J. et Mme C

comparent, à plusieurs reprises, les premières fois de l'adolescence aux premières fois post-accouchement.

Pour les professionnels interrogés, la naissance de l'enfant, est une remise en question de la sexualité. Il existe ce temps d'adaptation : adaptation à une nouvelle vie, à un nouveau statut, ou encore, à un nouveau corps.

Pour Mme B, « *la naissance est un tsunami dans le couple* », après lequel il faudra « *du temps pour retrouver un équilibre.* »

Les sexologues appuient ce qui avait été retrouvé dans les articles de Colson et Mayenga qui comparaient la naissance d'un enfant à une « *période charnière* », ou encore à un « *moment de crise* » affectant l'équilibre du couple.

Les sexologues s'accordent à dire que les professionnels de santé, et particulièrement les sages-femmes, ont un rôle important à jouer en terme de dépistage et de prévention de la santé sexuelle des couples. (6)

3 SEXUALITE DES COUPLES PARENTAUX

3.1 Le parcours de consultation en sexologie

6 sexologues sur les 10 interrogés ont décrit une démarche difficile pour les patients, avec un cheminement long avant de venir parler de leur sexualité. On retrouve un véritable travail sur soi de la part des patients qui consultent.

Mme A décrit la démarche de consultation comme « *une démarche toujours difficile* », « *un acte courageux* ». Elle souligne également la « *volonté et la motivation des couples* » qui viennent en parler. Entre courage, volonté et démarche difficile, venir parler de sa sexualité semble être une démarche héroïque.

Mme B parle, elle aussi, d'un long cheminement de la part des patients. « *Elles mettent du temps à venir, la première consultation est souvent compliquée* ».

5 des professionnels interrogés expliquent que la première démarche des patients se fait d'abord sur internet avant de consulter un sexologue.

Pour beaucoup de patient, c'est un « *soulagement de trouver enfin un professionnel qui aborde le sujet* », explique Mme I.

Parler de sa sexualité n'est pas naturel, et peu de patients réussissent à en parler à d'autres professionnels avant de venir consulter un sexologue.

Finalement, nous avons peu mis en évidence dans la littérature, ce sentiment d'épreuve que ressentent les patients à parler de leur sexualité à des professionnels de santé.

Seul, l'article « *la sexualité post-partum dans les fora internet* » de Pierrepont, avait souligné le fait que les gens préférés, en première intention, se confient anonymement sur des forums internet. (34)

3.2 Motifs de consultation

Le motif principal de consultation sexologie, retrouvé dans 9 entretiens est le trouble du désir. Suivi des dyspareunies et du vaginisme. Plus rarement, dans 2 entretiens, sont évoqués les troubles de l'orgasme.

On remarque une légère variation de la fréquence des motifs de consultation en fonction de la profession initiale du sexologue. Pour les kinésithérapeutes, les dyspareunies semblent avoir une fréquence plus importante bien que Mme F. place les troubles du désir avant tout.

De la même façon, sages-femmes et kinésithérapeutes reçoivent principalement des femmes ou des couples mais peu d'hommes seuls. Les motifs de consultation comme les troubles de l'éjaculation et les troubles de l'érection ne sont évoqués que deux fois au cours des 10 entretiens.

On peut supposer que la fréquence des motifs de consultations aurait été différente si la population choisie avait été plus large au niveau des professions.

Neuf fois sur 10 les patients consultent le professionnel sexologue en ayant pour motif principal de consultation un trouble sexologique. Mais on remarque que les sexologues sages-femmes et kinés ont aussi des patients qui les consultent pour d'autres motifs et où le trouble de la sexualité arrive secondairement, au cours de la consultation. Par exemple, pour les patientes de Mme H, « *le prétexte, c'est d'abord la rééducation du périnée* ».

3.3 *Impact de la naissance sur la sexualité*

Au cours des entretiens, les sexologues nous expliquent qu'ils reçoivent les patients (femmes, hommes ou couples) pour un motif bien précis comme par exemple les troubles du désir, mais que l'origine des troubles de la sexualité est en fait multifactorielle.

Parmi les facteurs influençant la sexualité dans le post-partum :

- Le défaut de communication du couple, retrouvé dans six entretiens
- Le changement des priorités, retrouvé dans six entretiens
- La mauvaise image de soi ou estime de soi, retrouvé dans quatre entretiens
- L'allaitement, retrouvé dans trois entretiens
- Le vécu traumatique de l'accouchement, retrouvé dans deux entretiens
- La fatigue, retrouvée dans deux entretiens
- L'image sociale de l'arrivée d'un enfant, retrouvé dans deux entretiens
- Le poids des cultures, retrouvé dans un entretien

Les facteurs évoqués par les sexologues sont similaires aux facteurs retrouvés dans la littérature.

3.3.1 *La communication dans le couple*

De l'ensemble des entretiens, la communication au sein du couple ressort comme un élément essentiel. Certains sexologues, comme Mme A, expliquent que « *les troubles de la sexualité viennent en réponse d'un conflit conjugal préexistant* ».

A travers l'idée que « *la sexualité est le reflet de la vie de couple* », que « *la sexualité c'est plus souvent une conséquence d'un problème autre, plutôt qu'une cause* », ou

encore que les troubles de la sexualité révèlent « *des choses beaucoup plus profonde* », Mme H et Mme I évoquent l'impact des non-dits et des difficultés de communication sur la sexualité du couple. D'ailleurs Mme I explicite d'autant plus cette idée, à plusieurs reprises au cours de l'entretien : « *En fait ça manque beaucoup de dialogue* », « *ils ne parlent pas assez* », « *Il y a beaucoup de pudeur* » ...

Alors que Mme H. évoque cependant un changement, et « *trouve que la communication se fait mieux qu'il y a 15-20 ans* », M. J. voit dans les couples des difficultés à « *parler de leur corps* » et « *de leur sexualité* », simplement et librement. « *Il y a peu d'homme et de femme qui sont capables de dire à l'autre, j'aime bien ça, et je n'aime pas ça* ». Il se souvenait qu'une femme lui avait dit « *je ne peux pas parler de mes partie intime comme ça* ».

3.3.2 *Changement de priorité*

Le changement de priorité des parents et en particulier de la maman est aussi beaucoup évoqué. Mme H parle de la naissance de l'enfant comme « *le bouleversement de la vie de couple* », « *un bouleversement de se retrouver à trois* » et elle insiste sur le fait que ce « *bouleversement va vraiment impacter la sexualité* ».

Après la naissance, « *les parents sont dans l'urgence, c'est d'abord s'occuper de son bébé* » nous dit Mme E.

Il y a une période où, « *après les accouchements, la sexualité est un peu gommée* », « *les câlins ne sont plus la priorité du moment* ».

Mme A explique qu'il faut se donner du temps, afin de « *réorganiser son temps et retrouver un équilibre* ». Il faut apprendre à « *avoir plusieurs casquettes* » et réussir à « *retrouver du temps pour soi, pour le couple et pour la famille* ».

3.3.3 Image de soi / estime de soi

Accepter les changements corporels liés à la grossesse et à l'accouchement fait partie des grandes étapes lors de la naissance d'un enfant. Pour Mme B, « *se réapproprier son corps, de sentir à nouveau du désir et désirable* » constitue « *la plus grande difficulté* » du postpartum.

Pour Mme H, les difficultés d'acceptation de son image résident surtout dans la prise de poids. Elle cite pour exemple une patiente qui s'était livrée à elle : « *je n'ai pas envie qu'il me touche, vu comment je suis faite* ». Pour la kiné, le risque est « *de s'oublier, d'oublier son corps et de se mettre dans ce qui est facile, c'est-à-dire les soins au bébé.* » Elle utilise la rééducation périnéo-abdominale pour reconnecter la femme à son corps. Elle évoque quelques conseils hygiéno-diététiques également quand l'occasion se présente.

Pour Mme E., ce sont les violences obstétricales qui atteignent l'image que la femme a d'elle-même. Elles « *dévalorisent la femme, les mettent dans des situations de soumission, [...] et peuvent avoir des répercussions sur sa sexualité* ».

L'acceptation de son image va passer par l'acceptation des parties du corps qui ont été malmenées. « *S'il y a des dyspareunies, ça peut être se réapproprier la zone après l'accouchement, masser la cicatrice, se réapproprier cette zone avant de pouvoir à nouveau la partager dans l'intimité* » explique Mme B.

3.3.4 Lien mère-enfant et Allaitement

« *La place qu'occupe l'enfant et les nouvelles préoccupations maternelles mettent le couple à rude épreuve* ». Encore une fois, la naissance de l'enfant et la transformation du couple conjugal en couple parental sont citées par Mme D. Elle évoque les « *préoccupations maternelles* » comme Mme H, qui parle, de « *la fusion mère-enfant* » et de l'allaitement maternel.

Mme H. « *voit vite celles qui ont repris [...], c'est celles qui sont moins dans la fusion avec leur enfant.* » et elle se reprend par : « *Ça ne veut pas dire qu'elles sont des mauvaises mamans* ».

On peut interpréter le besoin de justification de Mme H, lorsqu'elle explique qu'une mère a le droit d'avoir d'autres préoccupations que son enfant, comme le sous-entendu que les mères ont peur d'être jugées d'envisager à nouveau la sexualité de façon érotique et non plus reproductive. Cet exemple met en évidence les différentes pressions sociales qu'il existe autour de la naissance.

Mme A. exprime le même avis en disant que : « *certaines femmes sont complètement tournées vers l'enfant et ont beaucoup de mal à retrouver le dynamisme de leur sexualité avec leur conjoint* ».

De la même façon Mme H et Mme B partagent le même avis sur l'allaitement et reprise de la sexualité.

« *Certaines mamans sont comblées* », « *il y a cette satisfaction, [...] cette plénitude totale [...] qui ne donne pas trop envie d'autre chose finalement et donc il n'y a pas de place pour la sexualité* ».

3.3.5 Traumatisme de l'accouchement

Le traumatisme de l'accouchement est évoqué seulement au cours de l'entretien avec Mme H., kinésithérapeute et Mme E. sage-femme.

Mme E décrit l'accouchement comme « *quelques choses qui peut être très fort ou très violent, pour la femme et pour l'homme* » et explique que celui-ci peut être à l'origine de troubles du désir.

Mme H explique que parfois les patientes sont un peu traumatisées par l'accouchement et par les examens répétés. Elles lui disent souvent : « *olala il faut encore se faire tripoter le bazar* ». Ce témoignage reflète à la fois le vécu des différents gestes fait lors de la grossesse et de l'accouchement mais également de la difficulté des femmes à parler de leur corps, à nommer leurs vulves, leurs vagins.

Mme H. « *utilise la rééducation du périnée pour les reconnecter à leur corps* », et également « *l'hypnose pour travailler sur le vécu traumatique de la grossesse et de l'accouchement* ». Grâce à l'hypnose, elle essaie de « *transformer la douleur en appréhension* », [...] *et travaille sur la gestion de l'anxiété.* »

3.3.6 *Place du père*

Quelques sexologues évoquent la difficulté pour les pères de trouver leur place dans la triade père-mère-enfant. Cette triade peut se retrouver déséquilibrée par un lien mère-enfant très fort et où le père « *se sent des fois un peu écarté* », « *un peu mis de côté* ».

Plusieurs sexologues expriment le fait que l'accouchement peut être un moment difficile. Peu préparés, en salle de naissance, leurs regards témoignent « *de l'inquiétude et de l'impuissance* ». La vision de l'accouchement et des différents gestes effectués sur la femme, l'image de la femme dans la douleur... sont des éléments qui peuvent « *très violents pour l'homme* » et impacter la sexualité du couple. « *Il faut questionner un peu le père sur son vécu à lui* » nous explique Mme E.

3.3.7 *Image sociale de la naissance*

« *Parce que, socialement, familialement, l'arrivée d'un bébé c'est merveilleux* », Mme D explique que, « *ce qui se passe dans le privé, dans l'intimité, le remaniement du couple, la nouvelle répartition des rôles, le nouveau statut du papa et de la maman.... On n'en parle peu* ».

3.3.8 *Culture et religion*

Mme D explique que les femmes lui disent souvent, à propos de la sexualité, « *ben moi je suis d'origine portugaise, turc ou musulmane, et chez nous, on n'en parle pas, c'est tabou...* »

3.3.9 *Impact positif de la naissance*

Certains sexologues ont toutefois exprimé des impacts positifs que peut avoir la naissance d'un enfant sur la sexualité du couple.

Mme E exprime que pour elle, « *une belle naissance peut apporter un plus dans le domaine de la sexualité* », elle explique qu'à la fois l'accouchement peut être un élément déclencheur de problème de sexualité mais qu'à l'inverse « *il y a pas mal de femmes qui me disent que le fait d'avoir accouché leur a permis d'avoir un accès à une autre dimension de l'ordre du plaisir* » et « *que plein de femmes découvrent un autre volet de leur sexualité* » à ce moment-là.

M. J. a, lui aussi, évoqué des impacts positifs de la naissance sur la sexualité. Il exprime « *qu'il faut positiver cette période* », que « *c'est l'occasion de se découvrir autrement, et découvrir autre chose, qui permettra d'agrémenter sa sexualité quand le corps aura retrouvé sa forme initiale* ». Pour lui, « *découvrir autre chose durant cette période de changement c'est se permettre d'apprécier cet après, et d'accepter cette nouvelle sexualité* ».

Seuls Mme E et M. J. ont évoqué des impacts positifs de la naissance sur la sexualité.

Les autres sexologues ont abordé des solutions pour limiter l'impact de la naissance sur la sexualité du couple, comme par exemple, l'information donnée aux couples sur la sexualité pendant et après la naissance.

L'impact positif de la naissance sur la sexualité du couple n'est pas émergé de la revue de la littérature. Utiliser la grossesse et le post-partum pour appréhender sa sexualité différemment peut être une façon très positive dans le cheminement d'acceptation du changement qu'il soit physique, psychique ou encore organisationnel. D'une certaine manière c'est accepter de ne pas retrouver la même sexualité mais de se laisser la liberté d'en découvrir une nouvelle.

3.4 Besoins des couples

Pour les professionnels interrogés, l'ouverture du dialogue, l'écoute et l'information sont les trois principaux éléments permettant d'aborder la sexualité du post partum plus sereinement.

3.4.1 Aborder le sujet

Dans l'étude, les besoins des couples sont vus au travers du regard des sexologues.

9 sexologues sur 10, traduisent nettement un besoin d'ouverture du sujet de la sexualité par les professionnels. En effet les patients expriment le besoin « *d'avoir un lieu où ils peuvent parler de leur sexualité* », et de « *savoir* » qu'il y a un lieu pour en parler. Les couples recherchent un lieu avec « *un professionnel neutre* », qui leur permette à chacun de s'exprimer librement. Beaucoup de patients n'oseront pas l'aborder d'eux même. Tous les sexologues interrogés soulignent l'importance « *d'ouvrir une porte* » et de verbaliser la possibilité d'aborder le sujet.

Mme G. « *aborde ce sujet, systématiquement, avec tout le monde* », elle explique que « *c'est très rare qu'il y ait de la gêne* », et que la plupart des gens « *sont très contents d'en parler* ».

Mme E. exprime que « *les femmes n'attendent que ça en fait... qu'on leur pose la question* »

Lorsque Mme I aborde le sujet avec la patiente, c'est « *un vrai soulagement* » qui en ressort car c'est plus facile pour la patiente quand c'est le professionnel qui pose la question.

Mme A et Mme E. soulignent que depuis que « *le fait que [d'être] formé en sexualité, les gens vont oser venir vous en parler* ». Les patients attendent l'opportunité. Grâce au bouche à oreille, à la mention sage-femme sexologue et aux questions plus ouvertes des professionnels, les patientes savent qu'il peuvent aborder le sujet et ils saisissent l'occasion.

« *L'empathie, la disponibilité et le fait de ne pas juger* » permet de répondre aux besoins des patientes de façon optimale, explique Mme D.

3.4.2 Rassurer

Les femmes ont besoins d'être rassurées. Après un accouchement, toutes les habitudes sont perturbées et les couples ne se sont pas forcément préparés à tous ces changements.

Le premier rôle du professionnel est de rassurer.

Mme H utilise la rééducation périnéale, et « *les rassure sur le fait que ça refonctionne.* » Comme elle, la plupart des sages-femmes interrogées utilisent la rééducation périnéale pour aborder la sexualité.

Mme H a remarqué que les femmes se comparaient beaucoup, entre elles, à leur proches, aux images de la sexualité reflétées par la société... Elles s'inquiètent très souvent de la « *normalité* ». Elle les rassure et leur dit « *ne croyez pas ce que vous entendez, ce que les copines vous disent et tout. Votre sexualité, c'est la vôtre, celle que vous construisez* ». Elle leur répète : « *il n'y a rien de normal, ce qui est normal c'est ce que vous et votre partenaire vous voulez bien mettre dans le normal.* »

« *Il ne faut pas chercher à dramatiser les choses et à faire des problèmes là où il n'y en a pas* » affirme M. J, pour qui lui aussi rassurer fait partie des missions du professionnel sexologue.

3.4.3 Informer

Le besoin d'informations des couples ressort dans huit entretiens.

On retrouve dans les témoignages, la nécessité d'avoir des connaissances générales sur l'anatomie ou la physiologie de la sexualité, connaissances que certains regroupent sous le terme « *d'éducation sexuelle* ». Et puis on retrouve également une notion de préparation à la sexualité de la grossesse et du post-partum.

Mme I considère que « *Toutes les infos que le couple peut avoir sur les modifications physiologiques de la grossesse et sur le post-partum leur permet de dédramatiser* ». Et,

explique que, au contraire, « *le manque de connaissances, sur la sexualité en générale* » est l'une des causes des troubles de la sexualité.

Mme D « *balaye quelques points d'anatomie et de physiologie* » lors des consultations de sexologie.

Les outils que Mme A apportent « *sont des pistes assez vagues* » car, elle explique que « *la sexualité de chaque couple est différentes* », et qu'il n'existe pas de normalité. Mais, elle considère que « *ça leur permet d'avoir des pistes et de s'en saisir pour pouvoir ensuite* », quand ils en ressentiront le besoin.

On peut également constater le besoin d'information des couples en consultant divers sites internet, type forum, où de multiples discussions en témoignent. Mme G confirme cela en constatant que « *beaucoup vont d'abord voir sur internet avant d'en parler* » à un professionnel.

Pourtant Mme I. estime que « *tout ce qui est de l'ordre de l'apprentissage de la physiologie* » ce sont « *des conseils de bon sens* » qu'une sage-femme peut délivrer.

Quand informer ?

Mme B parle de sexualité « *pendant la grossesse* ». Pour elle comme pour Mme I, les consultations de grossesse et la préparation à la naissance et à la parentalité, sont les meilleurs moments pour en parler.

Mais Mme B l'évoque aussi « *en salle d'accouchement, au moment de réfection du périnée, [...] en suite de couche, au moment des conseils de sortie, en parlant de la contraception, [...] lors de la visite post-natale [...] ou en consultation gynécologique* ».

D'autres professionnels comme Mme F, Mme H ou encore Mme I, choisissent d'aborder la question de la sexualité pendant la rééducation périnéale.

Et puis, il y a Mme G, qui elle, a choisi d'en parler à toutes les patientes et « *s'obliger à en parler à la première consultation* » pour être sûre « *de ne pas oublier* »,

Le fait que le professionnel aborde le sujet de la sexualité le premier, qu'il rassure le couple et qu'il informe pendant la grossesse et après la naissance sont les trois besoins qui ont émergé à la fois de la revue de la littérature et des témoignages des professionnels.

Pour les sexologues interrogés, ces trois actions, même appliqués à minima, aurait un impact très important sur la sexualité des couples.

Entre devoir professionnel, notamment cité par l'OMS ou par la HAS, et besoins des femmes et des couples, aborder la sexualité au cours d'une consultation pré ou post-natale semble essentiel. (6,38)

3.5 Satisfation ressentie des consultations sexologiques

Tous les professionnels interrogés ont raconté une situation de prise en charge positive au cours de l'entretien. Mme H explique que quand elle a eu suivi des femmes en consultation sexologique avant la grossesse, « *la plupart du temps, quand elles ont réfléchi à leur sexualité avant, c'est mieux après l'arrivée d'un enfant. Parce qu'elles se sont préparées* ». Ces femmes ayant déjà fait un travail sur leur sexualité, ont finalement une sexualité épanouie, malgré le fait qu'elle se disait « *oulala, mais déjà que c'était compliqué avant, qu'est-ce que ça va être une fois que j'aurai eu un enfant et tout* ». Le fait de verbaliser leur a permis de se projeter et de se préparer aux changements liés à la naissance. Et au contraire, les femmes qui ne se sont pas préparées « *prennent les choses de plein fouet* ».

Un patient de Mme F lui a dit « *que ça a changé sa vie, que s'il avait su, il serai venu beaucoup plus tôt* ». Et une autre de ces patientes, après le suivi sexologique avait complètement changé d'attitude, « *Elle était fière d'elle-même [...] elle était devenue très féminine* ». « *C'était vraiment quelqu'un qui était devenue bien dans sa peau* »

Mme B a aussi eu des retours positifs des patientes qui reviennent, et qui « *ont exprimé les changements qui s'étaient faits suite à ce qu'elles ont pu entendre, exprimer et grâce aux outils transmis, ça a suffi pour débloquer certaines choses* ».

De manière générale, les couples sont reconnaissants. « *Merci pour votre écoute, merci de m'avoir écouté et entendu* », sont les remerciements qu'a reçu Mme D.

A cette question posée, les sexologues semblent tous avoir un souvenir à raconter qu'ils l'ont particulièrement touché. Une personne, qui les a émus, que ce soit dans les changements physiques ou psychiques ou encore dans les paroles échangées. Dans cette étude, la satisfaction des personnes est palpée à travers le ressenti des professionnels.

Encore une fois, les professionnels évoquent l'impact de la sexualité sur la santé globale de l'individu. Nous avons beaucoup parlé de l'impact négatif des troubles sexuels sur la santé d'une personne mais, là, c'est l'impact positif qui est mis en avant. Avoir parlé de sa sexualité et des problèmes rencontrés, a eu un impact positif sur l'intimité de la personne mais pas seulement, l'impact est aussi psychologique ou encore social.

Cette satisfaction semble peu étudiée et n'est pas ressortie dans la revue de littérature.

4 LA FORMATION EN SEXOLOGIE

4.1 Déterminants du choix de formation

Parmi les différentes raisons qui ont poussé les professionnels à se former, trois raisons ressortent.

- Pour tous les professionnels interrogés, il existait un intérêt particulier pour le sujet. « *Ça m'a toujours intéressé* » nous dit Mme E, alors que Mme H a eu un déclic à la naissance de son premier enfant : « *c'est sans doute le fait de devenir maman qui m'a un peu interpellé par rapport à ça, je pensais que c'était important d'en parler et que l'on pouvait aussi avoir des problèmes de ce côté-là* »
- Très souvent la formation en sexologie a été choisie car la formation complétait la formation initiale. Pour Mme G, « *la formation est nécessaire et complémentaire pour une sage-femme* », et Mme B estime que « *la sage-femme est en première position* » et donc que la formation est nécessaire. Pour Mme A et Mme D, la formation vient compléter celle de conseillère conjugale et « *se situe*

au carrefour des deux formations » de Mme D, psychologue et conseillère conjugale et familiale.

- La dernière raison était que les professionnels « *ne se sentaient pas à l'aise pour en parler au couple* » ou manquait souvent de connaissances, comme Mme G qui était « *régulièrement confrontée à une impasse, quand la rééducation du périnée éveillait des choses de l'ordre de l'intime mais aussi de l'émotionnel, de la part des patientes* ».

Le sujet de la sexualité était quand même évoqué régulièrement par la moitié des professionnels avant leur formation en sexologie. Pour Mme H, cela se résumait en « *une ligne* ». Mme I abordait « *assez souvent la sexualité pendant la grossesse et surtout en post-partum* » mais le fait de poser la question de la sexualité a soulevé à plusieurs reprises des questions auxquelles elle n'avait pas de réponse.

4.2 Quelles formations

Pour tous les sexologues interrogés, faire la formation en sexologie a été un « *cheminement long* ». En moyenne, les professionnels interrogés se sont formés après 13 ans d'exercice de leur profession initiale. Le plus souvent cette formation est arrivée quelques temps après l'installation en libéral.

7 des sexologues interrogés ont un DIU en sexologie. Un des sexologues a un DU en santé sexuelle, et se dit plutôt sexopédagogue. Un autre a un certificat de sexologie clinique. Et un des sexologues a une formation en sexocorporel du CFSF (Centre de Formation en Sexocorporel France).

Tous les professionnels interrogés ont fait diverses formations :

- Deux ont reçu une formation d'hypnose
- Trois ont reçu une formation de sophrologie
- Quatre ont reçu une ou des formations en sexocorporel

- D'autres formations, effectuées de façon plus minoritaire, ressortent : urodynamique, uro-gynécologie, PNP (préparation à la naissance et à la parentalité) en piscine, formation en gynécologie, formation en accompagnement global, formation EFP (freedom emotion technique), formation PNL (Programmer Neurologiquement à l'aide du Langage), formation en lecture biologique

Huit sexologues sur les dix interrogés, ont reçu une formation complémentaire qu'ils utilisent lors de leur consultation sexologique.

Pour Mme I, « *soigner les gens concrètement avec un DIU seulement, il faut oser ... (rire), il faut vraiment un outils supplémentaire* ». Mme F a aussi « *besoins d'outils, au niveau corporel* » pour appuyer sa prise en charge sexologique.

« *On n'a jamais fini de se former, on a envie d'avoir encore plus d'outils, plus de moyens de prendre en charge* » nous explique Mme B.

4.3 Déroulement et modalité d'une consultation sexologique

En moyenne, une consultation dure entre 45 min et 1h.

Le suivi est généralement assez court. Certains voient leur patient 2 ou 3 fois d'autres 5 ou 6 fois. Et certains, comme Mme E, expliquent que souvent une séance suffit, « *en une séance, on peut aborder plein de choses [...] on peut toucher le truc qui coince* ». En moyenne, le suivi sexologique est un suivi court de 4 consultations.

Le prix d'une consultation sexologique en libérale se situe entre 60 et 80, en moyenne. Mais il existe quelques exceptions. Un des sexologues interrogés fixe le prix d'une consultation à 30 euros. Les consultations sexologiques ne constituent qu'une très faible partie de son travail et il ne les considère pas comme une source de revenus en soi, le prix est donc symbolique. Pour Mme B, exerçant dans un cadre hospitalier, les consultations sont prises en charges par la sécurité sociale, au même titre qu'une consultation classique. Un autre des sexologues travaille en maison de santé financée par l'ARS. Pour être créée,

il fallait déterminer cinq actions de santé, dont l'une d'entre elle est « *dépistage et accompagnement de souffrances sexuelles* ». Dans ce cadre-là, « *les deux premières consultations sont prises en charges par la sécurité sociale* ». Deux des sexologues interrogés, kinésithérapeute et sage-femme, ne font pas de consultations sexologiques à proprement parler, mais discute de sexualité au cours de la rééducation périnéale. De cette façon, les patientes peuvent s'exprimer sur leur sexualité tout en étant prise en charge par la sécurité sociale.

Pour les autres sexologues, c'est plus compliqué. Mme E exprime : « *je les mets en hors nomenclatures* » ... « *Mais à la fois ça m'embête, la sexualité ça fait partie de la santé* ».

Tous les sexologues estiment que l'abord de la sexualité rentre une « *approche de la santé globale de l'individu* », que la sexualité est un témoin de la santé qu'elle soit physique ou psychique, et pour ces raisons-là, la consultation sexologique pour être prise en charge par la sécurité sociale.

Dans la littérature, Godet avait déjà relevé dans son étude que la non-prise en charge par la sécurité sociale des consultations sexologiques était un frein professionnel dans l'abord de la sexualité avec les patients. En effet, le fait que la santé sexuelle ne rentre pas dans le cadre d'une cotation, ne valorise pas ces consultations pourtant très chronophages et ne reconnaît pas la santé sexuelle comme un réel acteur « *de prévention primaire ou secondaire* » en santé. Pourtant selon Godet, la prise en charge de la santé sexuelle pour « *générer de nombreuses économies* » sur les coûts de santé en général, qui « *contrebalancerai le coût de la thérapeutique sexuelle* ». (4)

5 COLLABORATION EN SANTE SEXUELLE

La collaboration est décrite comme « *peu développée* » par certains sexologues tandis que pour d'autres elle semble plus importante.

La collaboration dépend beaucoup « *des réseaux de santé de la région* ».

Certains sexologues, comme Mme F, ont choisi de se former à la demande d'autres professionnels.

Les sexologues qui collaborent avec d'autres professionnels, reçoivent des signaux positifs, comme par exemple Mme B., qui raconte que « *les gynécologues sont très contents, dès qu'une patiente présente un trouble de la sexualité hop ils donnent ma petite carte* ».

Les professionnels qui collaborent avec les sexologues, sont principalement des médecins généralistes, des gynécologues, sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmières, urologues....

Le réseau de professionnels est très important et ressort dans de nombreux entretiens, car les professionnels trouvent que « *quand on a un réseau que l'on sait vers qui envoyer, on a moins peur de poser la question et de se sentir démunie ensuite* ».

Pour sensibiliser au dépistage et à l'accompagnement dans le domaine de la sexualité, certains sexologues s'investissent dans la formation. M.J et Mme I., sont formateurs pour des centres de formations. Mme B, sage-femme hospitalière, forme ses collègues de façon informelle : « *je parle de sexualité facilement, au niveau de l'équipe, je pense que ça a permis d'en parler plus facilement depuis que je suis formée* ». De la même façon Mme G. « *forme en permanence* » ses collègues de la maison de santé, « *au repérage des souffrances sexuelles* »

On remarque que, quand les professionnels travaillent dans un cadre comme une maison de santé, l'hôpital ou au planning familial, la collaboration se fait beaucoup mieux.

Réseau et collaboration, Godet en parlait déjà dans son étude. Pour lui, 67% de ceux qui n'orientent pas vers un sexologue en cas de besoin, c'est par « *un manque de correspondants et par la méconnaissance du travail du sexologue* ».(4)

On remarque, au cours des entretiens, que lorsque les professionnels sexologues expliquent leur démarche, forment les professionnels au dépistage, ou tout simplement informent de leurs coordonnées en laissant des cartes de visite, par exemple, la collaboration au sein du réseau de santé est beaucoup plus importante. Il semble donc

essentiel de communiquer sur les compétences de chacun et de travailler en réseau afin que chaque professionnel ait les clés pour dépister et orienter sereinement.

La collaboration inverse, de sexologues vers d'autres professionnels, existe aussi. Mme B oriente quelques fois vers « *un suivi psy en parallèle ou avec un kiné* » si nécessaire. « *C'est important de travailler en réseau pour pouvoir ajouter les compétences de chacun* ». « *Mais il ne faut pas multiplier les intervenants non plus car un rapport de confiance s'établi* » nous explique Mme B.

6 DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PROFESSIONNELS NON FORMES EN SEXOLOGIE

Au cours de tous les entretiens, la difficulté à aborder la sexualité par les professionnels de santé est ressortie. La plupart du temps, les patients n'ont jamais parlé de leur sexualité avec un professionnel de santé avant qu'elle soit évoquée par le sexologue. Comme Mme E qui témoigne qu'elle est souvent « *la première personne avec qui elle en parle* ». Ou alors le sujet a été évoqué par le patient mais maladroitement évité par le professionnel. Comme Mme A qui explique qu'elle reçoit des patientes qui viennent « *dire les choses qui n'ont pas été entendues* » ou que les patientes lui disent parfois : « *je leur ai dit que ça faisait mal, et on ne m'a pas crue* »

D'autres encore nient les problèmes de sexualité : « *oh vous savez je pense que les femmes n'ont aucun problème* », sont les paroles d'un médecin lors que Mme A était venue se présenter à lui.

On peut se demander pourquoi les professionnels ne posent pas la question. A cette question, les sexologues répondent avec leurs expériences personnelles avant la formation et aux retours qu'ils ont des professionnels.

Tout d'abord, il y a « *la peur d'être intrusif* ». « *Je ne voulais pas rentrer dans cette intimité-là, j'avais peur d'être intrusif* », « *j'avais peur de paraître curieux* ». On retrouve

des professionnels de santé qui ne se sentent pas à l'aise pour parler de sexualité avec leurs patients. Mme H fait, d'ailleurs remarquer que « *on est dans une société un peu paradoxale, où on parle beaucoup de sexualité, on semble très libéré et tout, sauf qu'en fait, l'intime, on n'en parle pas vraiment* », « *il y a encore beaucoup de tabou* » et « *les gens sont très pudiques* » quand il s'agit d'évoquer la sexualité, que ce soit les patients ou les professionnels de santé.

Ensuite, il y a « *le manque de connaissances* » qui ressort. « *Je manquais de formation* », « *je ne me sentais pas à l'aise avec le sujet* », « *quand on ouvre la porte après on se dit mais qu'est-ce que je fais du paquet ?* » se demandait Mme D. Mme B explique également qu'« *avant la formation, c'était difficile d'en parler car je n'avais pas les moyens de les accompagner et de les prendre en charge* ».

Et puis ce qui a été également évoqué c'est « *le manque de temps* » des professionnels de santé. « *Les médecins n'ont pas le temps* », « *les gynécologues sont pressés par le temps* » ...

Effectivement, les consultations sexologiques sont longues, en moyenne 45 min à 1 heure. Mais pour Mme B, comme M. J, il faudrait que toute consultation, quelle qu'elle soit, comme chez le médecin généraliste par exemple, il faudrait que le sujet de la sexualité soit évoqué, même rapidement. Il faudrait systématiquement « *pouvoir aborder le sujet, leur laisser la possibilité d'exprimer s'il y a des difficultés et s'il y a difficulté, pouvoir réorienter si besoin.* »

Beaucoup des sexologues interrogés évoquent la nécessité d'une question minimale, au même titre qu'il existe les questions minimales dans la prévention du tabac ou le dépistage des violences.

Dans les principales difficultés rencontrées par les professionnels, la littérature a souvent fait émerger le défaut de formation des professionnels. Les sexologues interrogés l'évoquent également mais sont moins tranchés. Pour eux, tout le monde peut poser les questions minimales en apportant des réponses « *de bon sens* » et en réorientant vers un professionnel formé, si les besoins sont plus importants. D'ailleurs, Pierrepont fait remarquer dans son étude que, les personnes se tournent vers internet en priorité pour avoir des réponses à leurs questions. Elles se confient sur les forums et n'attendent pas des réponses « *d'experts* », mais plutôt des conseils. « *Aucun expert* » n'est mis en avant

sur ces discussions et les informations transmises ne proviennent pas « *de sources biomédicales ou socio-psychologique* » mais plus de « *savoir empirique* ». (34)

Aborder la sexualité, c'est surtout rassurer, dédramatiser et conseiller.

7 PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS L'ACCOMPAGNEMENT SEXOLOGIQUE

Tous les professionnels interrogés soulignent le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement de la femme au cours de sa vie sexuelle. Mme B., explique que « *la sage-femme est en première ligne dans la prise en charge de la santé sexuelle d'une femme* » et Mme G. nous dit : « *pour moi c'est une évidence que la sage-femme est un acteur de la prévention en matière de sexualité. Dans un parcours de vie d'une femme, la sage-femme est un pivot essentiel en matière de prévention* » et elle complète son discours avec le fait que pour elle « *ne pas parler de sexualité est une lacune grave* ».

Mme D. et Mme I., insiste également sur l'importance du dépistage des problèmes en santé sexuelle, en le comparant au dépistage des violences. En effet pour tous les professionnels sexologues la question de sexualité doit être abordée, de façon systématique, au même titre que les violences.

Pour les sexologues, le côté systématique a vraiment une importance particulière car il revient à plusieurs reprises, dans chaque entretien. Tous insistent sur l'importance du dépistage. « *On n'est pas obligé de tout connaître, mais c'est important de pouvoir dépister et libérer la parole car des fois ça suffit simplement. [...] et puis après s'il nous manque des connaissances, on réadresse, on travaille en réseau* ».

M.J. explique « *l'importance de banaliser la sexualité dans la santé.* »

Finalement, tous les sexologues interrogés trouvent important que la sage-femme évoque le sujet de la sexualité et participe au dépistage des troubles en santé sexuelle.

La sage-femme « *est en plein cœur de la sexualité des gens* ». Elle occupe une « *position tellement privilégiée sur l'intime génital* » qu'elle se doit de parler de sexualité avec les femmes et les couples qui la consultent.

Mme G inclus le sujet de la sexualité « *dans toutes les phases de ma profession, et en parle aussi facilement en consultation de grossesse, lors de la préparation à la naissance ou lors de la rééducation du périnée.* »

Mme B aussi en parle « *tout le temps, même en salle de naissance* ».

Mme E rappelle que « les femmes sont vulnérables » et que les sages-femmes doivent se rendre compte combien « *elles sont au cœur de leur sexualité* » en particulier en salle de naissance. Les sages-femmes se doivent de « *repérer les souffrances sexuelles* ».

Alors que dans la littérature, l'abord de la sexualité par la sage-femme apparaît comme une recommandation, pour les sexologues, c'est bien plus important encore. Pour eux, ne pas aborder la sexualité semble être une négligence grave, voir une faute professionnelle. Ne pas proposer de parler sexualité avec la femme, alors que le métier se situe en plein cœur de son intimité, c'est ne pas considérer la femme dans sa globalité. (6,38)

Aborder la sexualité, ce n'est pas demander si la patiente « *a repris les rapports sexuels* », mais c'est considérer l'intimité de la patiente, « *est ce que ça va avec votre conjoint ?* », « *est-ce que vous arrivez à vous retrouver, à retrouver une intimité qui vous satisfait ?* »...

L'important c'est le caractère systématique. En effet, lorsque tous les professionnels poseront la question, systématiquement, à toutes les patientes, aborder la sexualité rentrera dans la normalité et il paraîtra plus évident que, en cas de besoins, la patiente pourra se confier, sans crainte, à sa sage-femme, à son professionnel de santé.

POINTS FORTS DE L'ETUDE

L'étude qualitative a permis de compléter l'étude quantitative réalisée auprès des patientes, dans la même région, en 2014.

Avoir interrogé des professionnels a permis d'obtenir à la fois des témoignages de leurs propres expériences mais également, par leur intermédiaire, les vécus des couples sur leurs sexualités de manière générale et spécifiquement celle du post-partum, ainsi que sur leurs vécus de l'accompagnement sexologique.

Le fait d'avoir pu interroger des professionnels de différentes formations et de différents modes d'exercices nous permet d'avoir une vision plutôt globale de l'accompagnement en santé sexuelle.

LIMITES DE L'ETUDE

Les difficultés liées au recrutement sont la principale limite de l'étude. En effet, les professionnels interrogés représentent diverses formations, mais fautes de refus, aucun médecin n'a participé à l'étude.

PROJETS D'ACTION

Afin de banaliser le sujet de la sexualité dans les consultations gynécologiques et obstétricales, il pourrait être mis en place des plaquettes à visée professionnelle. Ces plaquettes permettraient aux professionnels d'avoir un mémo des sujets importants à aborder avec la femme, ainsi que d'avoir les différentes coordonnées du réseau de santé sexuelle, pour mieux réorienter en cas de besoin.

On pourrait également imaginer un affichage, par exemple sous forme de poster, qui pourrait être en évidence dans les salles d'attentes, afin que les patientes soient informées de la possibilité d'évoquer leurs questions de sexualité avec le professionnel qu'elles consultent.

Pour finir, un item « santé sexuelle » pourrait être ajouté dans les logiciels de dossiers informatisés, utiliser lors des consultations. Cela permettrait aux professionnels, d'aborder le sujet de façon systématique, au moins une fois par suivi.

CONCLUSION

Cette étude, réalisée grâce aux témoignages de dix sexologues de formations initiales variées, a permis d'observer les multiples dimensions impactées et impactant la sexualité.

Par l'aspect qualitatif de cette étude, favorisant l'expression des professionnels, nous avons pu mieux apprécier la place de la santé sexuelle au sein d'une prise en charge de la santé globale de l'individu.

Dans un climat où le tabou l'emporte sur l'hypersexualisation sociétale, le besoin des couples ressort comme une évidence. Aborder la sexualité, écouter, rassurer ou encore informer sont les différentes actions à mettre en place par le professionnel pour répondre aux besoins.

Pourtant citée dans les recommandations professionnelles des métiers de santé, la santé sexuelle est encore trop peu abordée par les praticiens. Entre gêne, manque de temps ou encore manque de connaissances, les professionnels se sentent encore en difficulté face à la question de la sexualité.

Face aux besoins, la question minimale s'impose.

Parce que le simple fait d'ouvrir la porte, d'écouter ou de réorienter si besoins, entrerait dans une démarche de santé publique, il semble essentiel de créer des automatismes chez les professionnels de santé.

Le développement d'un réseau en santé sexuelle semble aussi très important. Savoir vers qui réorienter le couple en cas de besoins, permet aux différents professionnels d'aborder le sujet plus sereinement.

Enfin, tout au long de ce travail, le concept de santé sexuelle mettant en évidence l'impact de la sexualité sur la santé, appuie la nécessité d'une considération des consultations sexologiques. En effet, l'absence de remboursement de ces consultations constitue un réel frein dans le dépistage ou l'accompagnement en santé sexuelle.

Pour finir, nous pouvons rappeler que, d'aborder la sexualité de façon simple et dédramatisée, en proposant un lieu d'écoute, suffit le plus souvent à la prise en considération de la santé sexuelle de l'individu.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Colson M-H. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* oct 2014;42(10):714-20.
2. Hubin A, De Sutter P, Reynaert C. Les facteurs étiologiques du désir sexuel hypoactif féminin. *Sexologies.* 1 juill 2011;20(3):178-87.
3. De Pierrepont C, Polomeno V. Rôle du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 juill 2014;42(7):507-14.
4. Godet S. Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle ? *Sexologies.* 1 avr 2013;22(2):56-64.
5. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *J Psychol.* 2007;(250):56-60.
6. OMS. Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cité 17 avr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
7. Tremblay C. Développement et évaluation de l'implantation du programme d'éducation à la sexualité haut les voiles! et de sa formation: rapport de recherche présenté à la stratégie nationale pour la prévention du crime. Joliette, Québec: Centre jeunesse de Lanaudière; 2009.
8. Adam F, Thoveron M, Day J, de Sutter P. Comprendre l'orgasme féminin afin de mieux appréhender le trouble de l'orgasme chez la femme. *Sexologies.* 1 oct 2015;24(4):155-62.
9. F. Bianchi-De Micheli. Sexualité Féminine. CHU Genève.
10. Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, Giuliano F. Anatomie et physiologie de la sexualité. *Prog En Urol.* 1 juill 2013;23(9):547-61.
11. Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model. *J Sex Marital Ther.* janv 2000;26(1):51-65.
12. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci.* 1 déc 2005;19(4):381-7.
13. Fabre-Clergue C, Duverger-Charpentier H. Sexualité du postpartum. *Rev Sage-Femme.* 1 déc 2008;7(6):301-4.
14. Kim HM, Geraghty S. « Yummy Mummies »: exploring sexuality in the antenatal and postnatal period. *Pract Midwife.* juin 2016;19(6):24-6.
15. Hirt C. La baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement [Licence d'Etnologie]. Université de Neuchâtel; 2005.
16. O'Malley D, Higgins A, Smith V. Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *J Adv Nurs.* oct 2015;71(10):2247-57.

17. Jean-Marc Mayenga. Sexualité du postpartum. Lett Gynécologue [Internet]. 2012 [cité 26 mars 2018];7. Disponible sur:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408808001831>
18. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*. 1 déc 2017;55(Supplement C):60-6.
19. Van Brummen H, Bruinse H, Van De Pol G, Heintz A, Van Der Vaart C. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1 août 2006;113(8):914-8.
20. Barrett, Pendry, Peacock, Victor, Thakar, Manyonda. Women's sexual health after childbirth. *BJOG Int J Obstet Amp Gynaecol* [Internet]. 2000 [cité 27 mars 2018]; Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x>
21. De Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 2. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 oct 2016;45(8):809-20.
22. Dean N, Wilson D, Herbison P, Glazener C, Aung T, Macarthur C. Sexual function, delivery mode history, pelvic floor muscle exercises and incontinence: A cross-sectional study six years post-partum. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. juin 2008;48(3):302-11.
23. Beatrice Van Der Schueren. La maternité est-elle sexuée ? [Internet] [Mémoire - Certificat de formation continue en sexologie clinique]. Université de Genève; 2003 [cité 19 mars 2018]. Disponible sur:
<http://www.fondschalumeau.unige.ch/fr/documents/Matenite.pdf>
24. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecology J*. 1 août 2005;16(4):263-7.
25. Netgen. Motifs de consultations sexologiques féminines : approche pour les médecins praticiens. *Rev Médicale Suisse* [Internet]. [cité 9 déc 2017]; Disponible sur:
<https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-11/30236>
26. Sibert L, Safsaf A, Rigaud J, Delavierre D, Labat J-J. Approche symptomatique des douleurs sexuelles chroniques. *Prog En Urol*. 1 nov 2010;20(12):967-72.
27. Medico Denise. Sexualité, grossesse et postpartum. Support de cours présenté à; 2006; université de Lausanne.
28. Colson M-H. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 oct 2014;42(10):714-20.
29. Cour F, Bonierbale M. Troubles du désir sexuel féminin. *Prog En Urol*. juill 2013;23(9):562-74.
30. Beatrice Van Der Schueren. parler de sexualité en maternité : Tabou ou nécessité ? *Sage-femme Suisse* [Internet]. 2004 [cité 19 mars 2018]; Disponible sur:
http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2004-3-26.pdf

31. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: A Prospective Study. *J Sex Med.* 1 août 2008;5(8):1915-22.
32. Farine F, Lalanne-Magné F. Vaincre le tabou de la sexualité en périnatalité. Haute école de santé Genève; 2016.
33. Ahlborg T, Dahlöf L-G, Hallberg LR-M. Quality of the Intimate and Sexual Relationship in First-Time Parents Six Months after Delivery. *J Sex Res.* 2005;42(2):167-74.
34. Pierrepont C de. La sexualité post-partum dans les fora internet. *Civilis Rev Int Anthropol Sci Hum.* 28 juin 2010;(59-1):109-27.
35. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Sexualité normale et ses troubles [Internet]. 2010 2011 [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item40/site/html/cours.pdf>
36. World Health Organization. Sexual and reproductive health core competencies in primary care: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision. Geneva: World Health Organization; 2011.
37. Alain Giami, Patrick De Colomby. Profession sexologue ? | Cairn.info. *Société Contemp* [Internet]. 2001 [cité 2 janv 2018];(41-42). Disponible sur: <http://www.cairn.info/sicd.clermont-universite.fr/revue-societes-contemporaines-2001-1-page-41.htm>
38. HAS -Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. 2005 [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
39. Negura L. L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS* [Internet]. 22 oct 2006 [cité 12 janv 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sociologies/993>
40. Bardin L. L'analyse de contenu [Internet]. Presses Universitaires de France; 2013 [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm>

ANNEXES

ANNEXE I

GRILLE D'ENTRETIEN N° ...

<u>Thème principal</u>	<u>Mots clés</u>
IDENTIFICATION PERSONNELLE	Formation initiale
	Exercice de la profession
	Formations continues
AVANT LA FORMATION SEXOLOGIE	Abord de la sexualité
	Si oui, difficultés / si non, freins
APRES LA FORMATION SEXOLOGIE	Pourquoi choisir de se former
	Apport de la formation
	Formation indispensable
	Difficultés persistantes
CONSULTATION SEXOLOGIE	Part représentée
	Déroulement consultation : - Durée consultation et suivi - Nombres et fréquence - Seul / en couple
	Initiative de la consultation - Qui - Quand - Orienté, par qui
	Réticences des couples
	Motifs consultation et leurs étiologies
	PEC des couples - Exemples de solutions apportées - Techniques utilisées - Rémunération / cotations des consultations sexologies
	- Résultats obtenus suite à la thérapie - Emotions ressortant des consultations
	- Résultats obtenus suite à la thérapie - Emotions ressortant des consultations
PARENTALITE ET SEXUALITE	Influence de la parentalité
	Si oui, facteurs influençant Si non, problèmes préexistants ?
	Vision du couple et de leur intimité par eux-mêmes
COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE	Collaboration Professionnels ↔ Sexologues
	Sage-femme : aborder la sexualité - Comment - Quel moment
	- Prévention à propos de la sexualité après la naissance
	Orienter les patients vers d'autres professionnels - Qui - Pourquoi
	- Résultats obtenus suite à la thérapie - Emotions ressortant des consultations

ANNEXE II



Résumé des recherches, études ou évaluations à des fins d'enregistrement dans le répertoire Informatique & Libertés (version RGPD)

Intitulé de l'étude	Impact de la naissance d'un enfant dans la sexualité du couple
Organisme responsable de traitement**	Ecole de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand
Responsable de traitement	Nom, Prénom : Hebrard Louise
	Fonction : Etudiante Sage-femme
	E-mail : Louise.HEBRARD@etu.uca.fr
Organisme responsable de mise en œuvre*** (si différent)	
Responsable de la mise en œuvre (si différent)	Nom, Prénom :
	Fonction :
	E-mail :
Objectifs principal et secondaires	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les différentes problématiques des couples à la reprise de leur sexualité après la naissance d'un enfant à travers les témoignages de différents professionnels sexologues en France. - Améliorer l'information initiale donnée aux couples à propos de la sexualité après la naissance de leur enfant. - Améliorer la prise en charge de la santé sexuelle des couples par leurs professionnels de santé - Développer la collaboration entre professionnels de santé et sexologues.

MR utilisée	<input checked="" type="checkbox"/> MR-003 <input type="checkbox"/> MR-004
Sources de données utilisées (choix multiples)	<input type="checkbox"/> Dossiers médicaux <input checked="" type="checkbox"/> Enquête / Cohorte / Registre n'incluant pas des données du SNDS <input type="checkbox"/> Autres données (précisez...)
Population concernée	<p>Au sein des cabinet libéraux : professionnels formés en sexologie. Seront inclus dans les entretiens, les sages-femmes, médecins et psychologues détenant au moins une formation en sexologie.</p>
Historique utilisé	Aucun
Contexte de l'étude	<p>Cette étude s'est engagée dans le territoire français au sein des cabinets libéraux de professionnels formés en sexologie.</p> <p>Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'un(e) étudiant(e) sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Poumeyrol Delphine, sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Clermont-Ferrand</p>
Méthodologie	<p>Questions-types pour la réalisation d'entretiens semi-dirigés pour répondre aux différentes problématiques du mémoire : Impact de la naissance d'un enfant dans la sexualité du couple.</p> <p>Extrait de la lettre d'information :</p> <p>Au cours d'un premier contact, après information de l'étude et après avoir obtenu votre consentement, un entretien d'une trentaine de minutes sera programmé afin de connaître votre point de vue concernant les différentes problématiques de l'étude.</p> <p>Quelques questions vous seront posées et vous serez libre de vous exprimer sur les différents thèmes abordés.</p>

	L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone après obtention de votre consentement.
Justification du caractère d'intérêt public de l'étude	Le but de cette étude est de cerner les différentes problématiques des couples à la reprise de leur sexualité après la naissance d'un enfant, d'optimiser l'information initiale donnée aux couples, d'améliorer la prise en charge de la santé sexuelle des couples par leurs professionnels de santé et de développer la collaboration entre professionnels de santé et sexologues.
Durée de conservation des données	2 ans après la publication des résultats de l'étude et dans tous les cas suivant la procédure institutionnelle en vigueur au CHU.
Calendrier de l'étude et planning prévisionnel de communication des résultats	Protocole de recherche : Janvier 2018 Recueil de données : septembre 2018 – novembre 2018 Remise du mémoire : avril 2019 Soutenance du mémoire : juin 2019

* Conformément à l'article 34-2 du décret n° 2005-1309 du 20 octobre 2005 modifié pris pour l'application de la loi Informatique et Libertés.
Cette obligation est également rappelée dans les méthodologies de référence.

** Responsable de traitement = la personne physique ou morale qui, seule ou conjointement avec d'autres, est responsable d'une recherche, étude ou évaluation n'impliquant pas la personne humaine, en assure la gestion, vérifie que son financement est prévu et qui détermine les finalités et les moyens des traitements nécessaires à celle-ci

*** Responsable de mise en œuvre = la personne désignée par le responsable de traitement, et agissant sous sa responsabilité, veillant à la sécurité des informations et de leur traitement, ainsi qu'au respect de la finalité de celui-ci

ANNEXE III

LETTRE D'INFORMATION

IMPACT DE LA NAISSANCE D'UN ENFANT DANS LA SEXUALITE DU COUPLE

Investigateurs :

- Hebrard Louise, étudiant(e) sage-femme à Clermont-Ferrand
- Sous la direction de Madame Poumeyrol Delphine, sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Clermont-Ferrand

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail :
Louise.HEBRARD@etu.uca.fr

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée " Impact de la naissance d'un enfant dans la sexualité du couple".

- Cette étude s'est engagée dans le territoire français au sein des cabinets libéraux de professionnels formés en sexologie. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'un(e) étudiant(e) sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Poumeyrol Delphine, sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Clermont-Ferrand

Pourquoi cette étude

Le but de cette étude est de cerner les différentes problématiques des couples à la reprise de leur sexualité après la naissance d'un enfant, d'optimiser l'information initiale donnée aux couples, d'améliorer la prise en charge de la santé sexuelle des couples par leurs professionnels de santé et de développer la collaboration entre professionnels de santé et sexologues.

1. L'étude en pratique

Au cours d'un premier contact, après information de l'étude et après avoir obtenu votre consentement, un entretien d'une trentaine de minutes sera programmé afin de connaître votre point de vue concernant les différentes problématiques de l'étude.

Quelques questions vous seront posées et vous serez libre de vous exprimer sur les différents thèmes abordés. L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone après obtention de votre consentement.

2. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

- Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) du CHU de Clermont-Ferrand.

3. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Hebrard Louise, à l'adresse mail suivante : Louise.HEBRARD@etu.uca.fr ou à l'adresse suivante : Ecole de sages-femmes de Clermont-ferrand, UFR de médecine et pharmacie 28 place Henri DUNANT 63001 Clermont-ferrand BP 38.

4. Obtention d'informations complémentaires:

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les investigateurs pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- Hebrard Louise, étudiant(e) sage-femme :
Louise.HEBRARD@etu.uca.fr
- Poumeyrol Delphine, sage-femme enseignante : dpoumeyrol@chu-clermont-ferrand.fr

Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, Michel Rubio, mrubio@chu-clermontferrand.fr CHU DQGRDU 58 rue Montalembert 63003 Clermont-Ferrand

Résumé

Introduction : la sexualité du post-partum est souvent source d'inquiétude pour le couple. Pourtant beaucoup de professionnels de santé se trouvent en difficulté face à ce sujet et n'aborde que rarement la sexualité avec le couple.

Objectif : Etudier les différentes problématiques rencontrées par les couples suite à la naissance d'un enfant et déterminer leurs besoins d'accompagnement lors de cette période. Adapter la prise en charge en santé sexuelle et développer la collaboration interprofessionnelle autour de ce sujet.

Méthode : Une étude qualitative descriptive et interprétative a été menée à partir d'entretien semi-dirigés auprès de 10 professionnels sexologues de formations initiales variées.

Résultats et Discussion : Les sujets évoqués par les sexologues ont essentiellement porté sur la sexualité du couple de façon générale et de façon plus spécifique autour de la naissance. Les sexologues ont abordé l'impact de la naissance d'un enfant sur la sexualité du couple et leurs besoins en termes d'accompagnement. Ils témoignent également des difficultés rencontrées par les professionnels et de rôle de la sage-femme dans la prévention en santé sexuelle.

Conclusion : La considération de la santé sexuelle au sein de la prise en charge de la santé globale d'une personne semble essentielle. Afin de répondre aux besoins des couples, il semble important que les professionnels banalisent la sexualité en l'abordant de façon systématique.

Mots clés : sexualité, post-partum, parentalité, couple, accompagnement, prise en charge, sage-femme, sexologue, professionnel de santé, santé sexuelle

Abstract

Introduction : Postpartum sexuality is often a source of concern for the couple. However, many health professionals find themselves in difficulty with this subject and rarely discuss sexuality with the couple.

Objective : To study the different problems encountered by couples following the birth of a child and determine their support needs during this period. Adapt sexual health care and develop interprofessional collaboration around this topic.

Method : A descriptive and interpretative qualitative study was conducted based on semi-structured interviews with 10 sexology professionals from various initial training backgrounds.

Results and Discussion : The topics discussed by sexologists focused on the couple's sexuality in general and more specifically around birth. Sexologists discussed the impact of the birth of a child on the couple's sexuality and their needs in terms of support. They also reflect the difficulties encountered by professionals and the role of the midwife in sexual health prevention.

Conclusion : Consideration of sexual health within the management of a person's overall health seems essential. In order to meet the needs of couples, it seems important that professionals trivialize sexuality by addressing it systematically.

Keywords : sexuality, postpartum, parenting, couple, support, care, midwife, sexologist, health professional, sexual health