



Perceptions de la sexualité chez les couples au cours de la première année du post-partum

Charlotte Circhanski

► To cite this version:

Charlotte Circhanski. Perceptions de la sexualité chez les couples au cours de la première année du post-partum. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03455532

HAL Id: dumas-03455532

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03455532>

Submitted on 29 Nov 2021

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.

Année 2021

Thèse n°132

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité médecine générale

Présentée et soutenue publiquement par
Charlotte CIRCHANSKI
née le 26 septembre 1991 à Bordeaux
Le 15 novembre 2021

**Perceptions de la sexualité chez les couples au
cours de la première année du post-partum**

Directeur de thèse: **Monsieur le Docteur Baptiste LUACES**
Rapporteur et membre du jury: **Monsieur le Docteur Marc
ROMERO**

Membres du jury:
Monsieur le professeur Jean-Philippe JOSEPH, président
Monsieur le Docteur Jonathan CORRE, juge
Monsieur le Docteur Christophe ADAM, juge

Année 2021

Thèse n°132

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité médecine générale

Présentée et soutenue publiquement par
Charlotte CIRCHANSKI
née le 26 septembre 1991 à Bordeaux
Le 15 novembre 2021

**Perceptions de la sexualité chez les couples au
cours de la première année du post-partum**

Directeur de thèse: **Monsieur le Docteur Baptiste LUACES**
Rapporteur et membre du jury: **Monsieur le Docteur Marc
ROMERO**

Membres du jury:
Monsieur le professeur Jean-Philippe JOSEPH, président
Monsieur le Docteur Jonathan CORRE, juge
Monsieur le Docteur Christophe ADAM, juge

Table des matières

Table des matières.....	4
Remerciements.....	9
Liste des abréviations	13
Introduction.....	14
I- Question de recherche, hypothèse et objectifs du travail	16
I-1 Question de recherche	17
I-2 Hypothèse.....	17
I-3 Objectifs.....	17
I-3.1 Objectif principal	17
I-3.2 Objectifs secondaires	17
II- Matériel et méthodes.....	18
II-1 Schéma d'étude	19
II-2 Choix des participants et contexte des entretiens	19
II-2.1 Critères d'éligibilité	19
II-2.2 Recrutement des participants.....	19
II-2.3 Echantillonnage raisonné	19
II-3 Aspect réglementaire.....	20
II-4 Recueil des données.....	20
II-4.1 Déroulement des entretiens	20
II-4.2 Grille d'entretien	20
II-5 Analyse qualitative	21
II-5.1 Méthode qualitative.....	21
II-5.1.1 L'analyse verticale	21
II-5.1.2 L'analyse thématique des discours	22
II-5.2 Triangulation des données	22
II-5.3 Recherche bibliographique	22
III. Résultats	24

III-1 Caractéristiques de l'échantillon	25
III-2 Accouchement et vécu du post-partum chez le couple de façon générale	28
III-2.1 Caractéristiques et vécus de l'accouchement, vécus du post-partum immédiat	28
III-2.1.1 L'accouchement en lui-même	28
III-2.1.2 Vécu de la mère.....	29
III-2.1.2.a Vécu positif.....	29
III-2.1.2.b Des regrets	29
III-2.1.2.c Vécu éprouvant.....	29
III-2.1.3 Vécu du conjoint	30
III-2.1.3.a Vécu positif	30
III-2.1.3.b Vécu neutre.....	30
III-2.1.3.c Vécu éprouvant.....	30
III-2.2 La santé du nouveau-né	31
III-2.2.a Quelques difficultés	31
III-2.2.b Complications avec réanimation néo-natale	31
III-2.2.c Bonne santé.....	31
III-2.3 Les différents types d'allaitement et leurs vécus	31
III-2.3.1 L'allaitement maternel	31
III-2.3.1.a Durée de l'allaitement.....	31
III-2.3.1.b Ressentis des parents.....	32
III-2.3.2 L'allaitement mixte	33
III-2.3.2.a Durée de l'allaitement.....	33
III-2.3.2.b Ressenti des parents.....	33
III-2.3.3 L'allaitement artificiel	33
III-2.4 Vécu de la nouvelle parentalité	33
III-2.4.1 Retour à la maison	33
III-2.4.1.a Quelques difficultés	34
III-2.4.1.b. Une organisation à instaurer.....	34
III-2.4.1.c Du bonheur et de la simplicité.....	34
III-2.4.2 La reprise du travail	35

III-2.4.2.a. Vécu de la mère.....	35
III-2.4.2.b. Vécu du conjoint.....	35
III-2.4.3 Partager du temps à deux?	36
III-2.4.4 Devenir parents	36
III-2.4.4.a Pas de changement.....	36
III-2.4.4.b Du mieux.....	37
III-2.4.4.c Réorganisation indispensable.....	37
III-2.4.4.d Quelques difficultés	37

III-3 Vécu de la sexualité du couple au cours du post-partum 38

III-3.1 Période de reprise et fréquence des rapports sexuels38

III-3.2 Facteurs pouvant influencer la reprise des rapports sexuels38

III-3.2.1 Une histoire de temps	38
III-3.2.1.a Moins de temps à deux.....	38
III-3.2.1.b Une attente choisie	39
III-3.2.2 La fatigue.....	39
III-3.2.3 Les atteintes physiques.....	39
III-3.2.3.a Les modifications du corps.....	39
III-3.2.3.b Les douleurs perçues.....	40
III-3.2.3.c Les aléas de l'allaitement	40
III-3.2.4. Les atteintes psychologiques.....	41
III-3.2.4.a Le passage de femme à mère	41
III-3.2.4.b Les appréhensions	41
III-3.2.4.c Les maladies psychologiques	41
III-3.2.4.d Les troubles de la libido	42
III-3.2.5 Le problème d'une contraception	42

III-3.3 Vécu du couple43

III-3.3.1 Vécu de la mère.....	43
III-3.3.1.a Se sentir comprise et écoutée.....	43
III-3.3.1.b Un retour naturel à la sexualité.....	43
III-3.3.1.c Une différence mal vécue	43

III-3.3.2 Vécu du conjoint	44
III-3.3.2.a De la compréhension	44
III-3.3.2.b Laisser du temps à sa conjointe	44
III-3.3.2.c Un mal-être	44
III-3.3.2.d Pas de changement particulier	44
III-3.3.3 Importance de la communication	45
III-4. Parler de sexualité du post-partum.....	46
III-4.1 Sujet de la sexualité du post-partum abordé ou non.....	46
III-4.1.1 Sujet abordé durant la grossesse	46
III-4.1.2 Sujet abordé après l'accouchement	46
III-4.1.3 Sujet non abordé.....	47
III-4.2 Réactions du couple face au manque d'informations	47
III-4.2.1 Où trouver des réponses ?	47
III-4.2.2 Vécu du couple	48
III-4.2.2.a Bonne adaptation du couple	48
III-4.2.3. Quelques difficultés.....	48
III-4.3 Avis du couple concernant l'abord de la sexualité du post-partum	48
III-4.3.1 Avec qui aborder le sujet?	48
III-4.3.2 Comment aborder le sujet?	50
III-4.3.3 Quand aborder le sujet?	51
III-4.3.3 Intérêt pour le couple	52
III-5. Constatations	53
III-5.1 Accouchements et sexualité du couple	53
III-5.2 Allaitement et sexualité du couple	53
III-5.3 La nouvelle vie du couple et sa sexualité	53
III-5.4 Psychologie du couple et sa sexualité.....	53
III-5.5 Sujet de la sexualité abordé et vécu de la sexualité du couple	54
III-6. Synthèse générale	55

IV- Discussion	57
IV-1. Points forts et limites du travail.....	58
IV-1.1 Recherche qualitative	58
IV-1.2 Entretiens des participants	59
IV-1.3 Echantillon des participants.....	60
IV-1.4 Critères de scientificité.....	60
IV-1.5 Originalité du sujet	65
IV-2 Comparaison avec les données de la littérature.....	66
IV-2.1 Aborder la sexualité	66
IV-2.2 Différents facteurs pouvant influencer la sexualité du post-partum	67
IV-2.2.1: L'accouchement	67
IV-2.2.2: L'allaitement.....	69
IV-2.2.3: Psychologie et émotions du couple	70
IV-2.2.4: La parentalité	72
IV-2.2.5 Autres facteurs.....	73
IV-2.3 Perception de la sexualité et besoin des couples...	75
IV-3 Perspective pour l'avenir.....	77
V- Conclusion	82
Références bibliographiques.....	85
Annexes	90
Annexe 1:	91
Annexe 2: Entretien 1.....	92
Annexe 3: Entretien 11.....	97
Annexe 4: Fiche de projet de thèse.....	105
Déclaration d'intérêt.....	107
Serment d'Hippocrate	108

Remerciements

À notre président du jury de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur associé de Médecine Générale - Directeur de Médecine Générale de Bordeaux - Médecin Généraliste à Bordeaux.

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse. Vous m'aviez déjà signalé votre intérêt concernant notre thèse lors de ma présentation de portfolio. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profonde estime.

À notre jury de thèse

Monsieur le Docteur Jonathan CORRE

Médecin Généraliste à Bon-Encontre

Nous sommes honorés de te compter parmi les membres du jury de cette thèse, sois assuré de notre reconnaissance pour l'attention portée à ce travail.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Médecin Généraliste à Bordeaux - Maître de conférence associé de Médecine Générale.

Nous vous remercions d'accepter de juger notre travail. Soyez assuré de notre profonde considération.

À notre rapporteur et membre du jury de thèse

Monsieur le Docteur Marco ROMERO

Maitre de Conférences associé au Département de Médecine Générale - Médecin Généraliste à Samadet.

Vous nous faites l'honneur de lire et commenter notre travail. Nous vous en sommes très reconnaissants.

À mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

Médecin Généraliste à Port-Sainte-Marie - Maître de conférences associé de Médecine Générale.

J'ai eu la chance de faire ta rencontre à Agen au cours de mon internat, tout d'abord lors des réalisations de script pour le portfolio. Par la suite tu as accepté de réaliser cette thèse avec moi, je te remercie pour toute l'aide que tu m'as apportée, ton soutien, et surtout ta confiance. Sois assuré de ma reconnaissance.

Aux volontaires, aux parents qui ont accepté de participer à ces entretiens. Je vous suis reconnaissante du temps que vous m'avez consacré et de la confiance que vous m'avez accordée au cours de ces interviews. Sans vous, ce travail ne serait pas.

À mon entourage professionnel et amical qui m'a aidé et a participé en parlant de mon travail aux couples éventuellement intéressés pour y participer.

Aux équipes médicales et paramédicales auprès desquelles j'ai eu la chance de travailler notamment au cours de mon internat, à tous ceux qui ont su me donner confiance en moi et me transmettre leurs connaissances.

À Benjamin, mon amour, merci pour ta confiance, ton soutien et surtout ta patience. Tu m'as toujours poussée vers le haut notamment durant la réalisation de cette thèse. Que de beaux moments nous attendent, je t'aime!

À François et Marie-Thérèse, mes beaux parents, je ne pouvais rêver mieux. Merci à vous pour votre gentillesse, votre soutien et votre amour.

À Florence, ma belle-soeur, qui m'a tout d'abord fait réaliser à quel point une thèse qualitative était intéressante et serait la base de mon projet. Qui est devenue une amie et une confidente.

À Arabelle, mon autre belle-soeur, même à l'autre bout du monde, toujours une pensée pour nous. M'a également soutenue dans mon projet, merci à toi!

À Jonathan, Jérôme et Fabien, le trio infernal des beaux-frères, merci à vous aussi de m'avoir accueillie dans la famille.

À Rose, Lisandru et Roméo, trois enfants superbes, affectueux avec qui j'adore passer du temps (petite pensée pour Lisandru et sa lecture favorite du moment: Raya, que nous connaissons par coeur à force de le relire).

À Sarah, Eric et Maren, que je connais depuis le CE1 maintenant, vous avez toujours été présents, dans les bons moments comme dans les difficiles. Merci à vous.

À Soso et Didi, mes supers colocs à VSL. Une planche de fromage, un verre de vin et de superbes soirées filles!

À Joel, comme un père pour moi. Merci d'être toujours là.

À mes cousines, Virginie et Marie, retrouvées si tard mais que de bons moments ensemble.

À mamie chez qui je suis toujours chez moi, la meilleure cuisinière de tous les temps!

À papi, qui maintenant me regarde d'un peu plus haut, « mais quand est-ce que tu vas la passer ta thèse hun? » maintenant papi, maintenant... Je t'aime.

À Valentin, ange de mon enfance, parti trop tôt, à qui je dois ma vocation, j'espère que tu es fier de moi là d'où tu es.

À Caroline de Luca, qui a littéralement été mon soutien psychologique durant mes années d'étude, qui m'a écoutée pendant des heures et des heures. Merci.

À mon petit Marwin, mon bulldog qui a toujours été là pour moi, voire collé à moi, durant ces longues heures sur le canapé à apprendre mes cours de médecine...

À tous mes amis, avec qui nous avons partagés des rires, des pleurs, des bons repas, des sorties motos, merci d'être toujours là, je vous aime.

Liste des abréviations

CAP: Certificat d'Aptitude Professionnelle
CNIL: Commission Nationale Informatique et Liberté
CNRS: Centre national de la recherche scientifique
COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative research
CPP: Comité de Protection des Personnes
DU: Diplôme Universitaire
EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale
FIV: Fécondation In Vitro
FSF: Femmes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Femmes
FSFI: Female Sexual Function Index (Questionnaire)
HAS: Haute Autorité de Santé
MAM: Maison d'Assistants Maternels
MST: Maladie Sexuellement Transmissible
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
PMI: Protection Maternelle et Infantile
RCIU: Retard de Croissance Intra-Utérin
SHOW-Q: Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire
USA: United States of America

Introduction

Aborder le sujet de la sexualité n'est pas toujours chose aisée, que ce soit de la part d'un(e) patient(e) ou d'un(e) professionnel(le) de santé. En effet la sexualité appartient au domaine de l'intime et peut vite se heurter aux différentes représentations de chacun, à des tabous, à un manque de connaissance voire un manque de confiance.

Il peut être d'autant plus difficile à aborder le sujet des troubles de la sexualité pour les personnes concernées; effectivement il y a comme une mise à nu, une exposition de ses potentielles vulnérabilités auprès de son interlocuteur. La personne en demande s'ouvre réellement, et le juste équilibre entre poser des questions en montrant son intérêt et devenir trop intrusif peut aussi être compliqué à trouver pour l'interlocuteur. D'où l'intérêt de certaines qualités primordiales de celui-ci, à savoir l'empathie, la neutralité, la bienveillance et la relation de confiance pour essayer de mettre à l'aise la personne en demande (1).

Il est désormais reconnu que les femmes ainsi que les hommes peuvent avoir des dysfonctionnements sexuels et que cela peut grandement impacter leur vie. Il y aurait 60% de femmes dans la population générale de moins de 60 ans qui présenteraient des troubles de la sexualité, que ce soit par exemple des troubles de l'excitation, des douleurs ou des troubles concernant l'atteinte d'un orgasme. Certaines périodes dans la vie d'une femme peuvent accentuer ces troubles, comme la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, l'infertilité, la contraception ou la ménopause. Mais la majorité de ces troubles seraient tus. (2,3,4).

Certains professionnels de santé sont capables d'aborder le sujet de la sexualité grâce à leur savoir mais aussi par envie de faire du bien autour de soi ou par envie d'aider; en effet, pour eux il en va de leur responsabilité. Alors pourquoi d'autres professionnels n'en parleraient pas? Car ils estiment que le patient n'est pas ou plus actif, ils ont peur de blesser, considèrent que le sujet est tabou, n'ont pas les compétences pour en parler ou tout simplement manquent de temps et d'intimité (5).

Concernant le suivi du post-partum, beaucoup de sage-femmes sont sollicitées. C'est une période où les femmes ressentent beaucoup d'anxiété et d'appréhension et peuvent donc avoir de réels besoins d'aborder le sujet du sexe. Le problème se pose d'une inadéquation entre les priorités des sujets à énoncer du point de vue des sage-femmes et du point de vue des femmes (6). En effet, les sage-femmes n'abordent pas toujours le sujet, notamment si elle n'ont pas l'impression que leur patiente est réceptive; elles peuvent être aussi limitées par la présence d'autrui, que ce soit en groupe ou en présence du conjoint. Mais une grande majorité des femmes se sent un peu honteuse, et n'ose tout simplement pas aborder le sujet, elles attendent de ne pas être les premières à parler de sexualité... (7) Finalement, les femmes devenues mères, sont assez demandeuses d'informations, mais restent pour une grande partie avec leurs questions sans réponse. Aborder ce sujet naturellement durant les cours de préparation à l'accouchement est plus ou moins déjà dans les moeurs, mais pour celles n'y ayant pas eu accès ou pour les pères absents, il reste donc des interrogations. Ce sujet pourrait être abordé en suites de couches, en consultation post-natale ou lors des séances de rééducation du périnée. Il faudrait cibler le moment pour en parler, et la personne avec qui en parler (8).

Les pères non plus ne doivent pas être oubliés! En effet devenir parents, cela se fait à deux, la sexualité se fait également à deux. Et le père peut hélas être souvent mis de côté et se sentir délaissé. Les praticiens sont souvent plus focalisés sur le nourrisson que sur la relation des parents et si un sujet se rapprochant de la sexualité est abordé, il s'agit très souvent de la contraception. Ainsi, la sexualité en elle-même peut passer au second plan, notamment du côté des pères! (9)

Enfin, qu'en est-il des recommandations de l'HAS pour nous orienter?

Durant la période de la grossesse, les rapports sexuels « ne doivent pas être déconseillés », ils « n'ont pas d'inconvénient particulier ». Il n'est pas donné d'autres informations ou conseils, notamment sur la manière d'aborder le sujet.

Dans les huit semaines après l'accouchement, « des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les difficultés éventuelles. » (10). Au final, on ne met pas en évidence une possible anticipation aux problèmes ou besoins du couple et on suppose que le couple a repris ses rapports au bout des huit semaines.

Les recommandations de sortie de maternité concernant la jeune mère présentent un tableau de suivi à organiser, notamment les constantes, l'évaluation de l'attachement au bébé, son entourage, son état psychologique mais il n'est pas abordé la question du suivi de la sexualité de la mère et donc du couple. (11)

Il est important de noter que la recommandation « comment mieux informer les femmes enceintes », date de 2005, on pourrait penser que l'évaluation des patientes a pu évoluer depuis. Néanmoins, la recommandation « sortie de maternité après accouchement » date de 2014 et n'aborde pas du tout le sujet du suivi de la sexualité.

Lors de mon dernier semestre d'internat, de passage dans un service de maternité niveau 1, donc sans grand risque de complications particulières, j'ai été très marquée par l'importance que cette maternité portait à l'allaitement et à son suivi, mais aussi par le manque d'information sur la sexualité. En discutant avec les patientes, parfois en compagnie de leur conjoint, j'ai pu noter l'absence de renseignements sur la sexualité, notamment du post-partum. La contraception était abordée avant le départ du couple et de leur(s) enfant(s) sans trop pousser le sujet associé qu'est la sexualité.

En tant que médecin généraliste et en tant que femme, je me suis intéressée aux vécus des mères, mais aussi des couples, car la sexualité et la parentalité se réalisent à deux, et je pense qu'il est nécessaire de considérer également le père dans le post-partum.

L'objectif principal de notre travail était donc d'explorer le vécu sexuel du couple au cours de la première année du post-partum.

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative par des entretiens de couple centrés sur l'expérience de leur sexualité au cours de l'année passée.

I- Question de recherche, hypothèse et objectifs du travail

I-1 Question de recherche

Quelle est la perception des couples concernant leur sexualité durant la première année du post-partum ?

I-2 Hypothèse

Le paradigme de la recherche qualitative étant celui d'une méthode inductive, nous n'avons pas d'hypothèse à proposer à ce stade du travail, il s'agit plutôt « d'un territoire à explorer. »

I-3 Objectifs

I-3.1 Objectif principal

- Explorer le vécu sexuel du couple au cours de la première année du post-partum.

I-3.2 Objectifs secondaires

- Faire émerger les besoins des couples lors de la période du post-partum.

II- Matériel et méthodes

II-1 Schéma d'étude

Étude qualitative par interview de couples, semi-dirigées par un guide d'entretien.

II-2 Choix des participants et contexte des entretiens

II-2.1 Critères d'éligibilité

Le critère d'inclusion était le fait d'être en couple et d'avoir eu un enfant (ou des jumeaux) au cours de l'année précédente.

II-2.2 Recrutement des participants

Nous avons recruté les couples sur la base du volontariat. Ceux-ci ont été interpellés de manières différentes: en face à face lors du séjour à la maternité.

Par l'effet boule de neige en demandant à certains couples recrutés ou au sein de mon entourage personnel de diffuser notre travail et de proposer aux personnes concernées d'y participer.

Enfin, le recrutement a pu également être réalisé au sein du cabinet de médecine générale dans lequel je remplace régulièrement.

Nous avons choisi de faire les entretiens en couple. Ils sont issus de la patientèle de médecine générale, d'une maternité ou de l'entourage.

II-2.3 Echantillonnage raisonné

La sélection des participants visait à rechercher la variation maximale des opinions pour faire émerger les points de vue sur le sujet sans viser une représentativité de la population source.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée initialement, car elle dépendait de la saturation des données.

Le recrutement et l'inclusion des couples dans l'échantillon se sont déroulés parallèlement à la réalisation et au codage des entretiens.

Les critères pour cet échantillon étaient:

- la parité: des couples primipares et multipares, ou ayant eu des jumeaux.
- l'âge des parents: entre 20 et 50 ans.
- la catégorie socioprofessionnelle: hétérogénéité recherchée au niveau des professions.
- le type d'allaitement: maternel, artificiel ou mixte.
- le type d'accouchement: voie basse, césarienne et diverses complications possibles associées.
- le type d'orientation sexuelle: couples hétérosexuels ou homosexuels femmes (en effet les couples homosexuels hommes ne vivent pas la gestation, ni la parturition donc nous ne les avons pas inclus dans notre échantillon).

II-3 Aspect réglementaire

Nous nous sommes renseignés auprès de juristes concernant les autorisations légales pour notre projet de recherche.

Celui-ci appartenait au cadre de la méthodologie MR03: recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement. Nous avons donc réalisé une déclaration de conformité à la méthodologie de référence auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté).

De plus, il nous a fallu obtenir l'avis favorable du CPP (Comité de Protection des Personnes), notre sujet étant considéré comme « sensible ».

Il était donc présenté une notice d'informations aux couples, concernant notre recherche, que ceux-ci devaient signer. Ils devaient conserver un exemplaire, et m'en fournir un autre. Ainsi nous avons obtenu les consentements oraux et écrits des couples.

II-4 Recueil des données

II-4.1 Déroulement des entretiens

Avant chaque entretien, nous avons expliqué aux couples le cadre de l'étude, nous leur avons également rappelé leurs droits: à savoir notamment qu'ils pouvaient mettre fin à l'entretien à n'importe quel moment s'ils le souhaitent, qu'ils pouvaient ne pas répondre à une question s'ils ne le voulaient pas, qu'ils restaient également les propriétaires de leur entretien et que leurs voix seulement été enregistrées.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone portable, pour éviter que le couple ne soit destabilisé, l'enregistrement était très discret. Puis les entretiens ont été intégralement retranscrits à l'aide du logiciel de traitement de texte Pages sur Mac par moi-même. Ils ont été conduits, selon la convenance du couple concernant les dates, par Skype ou WhatsApp en vidéo conférence (les entretiens ont été conduits en plein confinement dû au virus du covid-19). Les caractéristiques des couples ont été recueillies anonymement.

Enfin, les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants pour d'éventuelles corrections.

Nous avons utilisé pour les entretiens une attitude la plus neutre possible, nous avons également fait preuve d'empathie. Nous avons tenté d'instaurer une ambiance de confiance réciproque au sein de laquelle les couples pouvaient s'exprimer librement.

II-4.2 Grille d'entretien

Les entretiens ont été réalisés selon un mode semi-directif à partir d'une grille d'entretien (tableau 1), grille élaborée en référence aux données bibliographiques (12). Ce guide comprenait six grandes questions générales, ouvertes, centrées sur la manière dont les couples avaient vécu l'accouchement, le retour à la maison, la reprise de leur sexualité... Ils étaient libres de s'exprimer sur leurs ressentis, leurs émotions diverses. Les deux membres du couple étaient en interaction à la fois entre eux, mais aussi avec moi.

Une première question d'ordre général était posée pour instaurer le cadre de vie du couple. Cela permettait de reprendre les tranches d'âges, catégories socio-professionnelles et le nombre d'enfants au sein du couple, et ainsi de mettre en évidence la diversité dans le recrutement des couples.

Une deuxième question portait sur le ressenti de chacun concernant l'accouchement et par la suite le séjour en suites de couches, une question assez libre permettant d'aborder le déroulement de l'accouchement, les émotions du couple associées à celui-ci, les premiers instants avec leur(s) enfant(s) et potentiellement la mise en route ou pas de l'allaitement à la maternité.

La troisième question portait sur le vécu du retour à domicile, là encore une question s'intéressant au ressenti du couple par rapport à l'arrivée du ou des dernier(s)-né(s), leur nouvelle vie, l'organisation avec leur(s) enfant(s), leurs émotions.

La quatrième question portait sur la sexualité du couple, tout d'abord en abordant le thème du temps passé à deux, puis plus précisément leur intimité. Chacun pouvait parler de son ressenti, des doutes, des peurs, des joies, des incompréhensions. Sur ce point particulièrement, nous avons mis un point d'honneur à ce que le couple se sente le plus à l'aise possible afin de se confier sur un thème « sensible ».

Les cinquième et sixième questions portaient sur les informations concernant la sexualité du post-partum, tout d'abord nous avons cherché à savoir si elles avaient été dispensées, si ce n'était pas le cas, les éventuels regrets du couple concernant ce manque d'informations. Nous avons recueilli ainsi leurs impressions, et leurs points de vue sur la nécessité ou non d'aborder le sujet de la sexualité du post-partum et de quelle façon.

Le temps dévolu à chaque question était libre. Afin d'appréhender mon rôle d'enquêtrice et d'expérimenter la grille, le guide d'entretien a été soumis à la critique de mon directeur de thèse et un entretien test a été réalisé avant l'étude. Au fur et à mesure de nos entretiens, ce guide a encore évolué, en se concentrant moins sur les sous-questions, mais davantage sur les grands thèmes de notre étude, à savoir les ressentis et les émotions du couple, concernant les différentes étapes de leur nouvelle vie avec leur nourrisson.

II-5 Analyse qualitative

II-5.1 Méthode qualitative

II-5.1.1 L'analyse verticale

Chaque entretien a été étudié individuellement, pour faire ressortir les idées principales du discours de chaque couple. Le verbatim de chaque échange a été analysé puis découpé en différentes unités de sens. Celles-ci correspondent à des segments de texte ayant une signification spécifique et unique. Chaque unité de sens a généré un mot ou une phrase succincte résumant l'idée générale, en préservant au maximum le sens premier de l'idée exprimée par le couple.

II-5.1.2 L'analyse thématique des discours

Les résultats ont été présentés de façon transversale. Les différents thèmes abordés par les couples sont compilés pour en tirer des axes d'analyse en terme de champs lexicaux, d'occurrence, d'idées originales selon le modèle de la théorie ancrée.

II-5.2 Triangulation des données

Une triangulation des données d'analyse a été mise en place: un professionnel de santé appartenant au para-médical a étudié les données de son côté. Une mise en commun de nos résultats a été faite pendant l'analyse.

Le travail de codage a eu recours au logiciel NVivo version 12 sur Macintosh. Lors de la lecture des retranscriptions, le texte a été codé, fragment par fragment et restructuré en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux.

II-5.3 Recherche bibliographique

Elle a été réalisée entre mai 2019 et juin 2020. Elle a été élaborée en deux étapes. La première avec comme mots-clefs:

FRANÇAIS	ANGLAIS
entretiens	interviews
expérience, vécu	experience
recherche qualitative	qualitative research
post-partum	postpartum

La deuxième avec comme mots-clefs:

FRANÇAIS	ANGLAIS
accouchement	childbirth
allaitement maternel	breastfeeding
parentalité	parenthood
couple hétéro/homosexuel	gay couple/ heterosexual couple
père	father
sexualité	sexuality
relation	relationship

Les bases de données Cismef, Pubmed, Google Scholar, Cairn, EM-premium ainsi que le site internet de la HAS ont été consultés.

III. Résultats

III-1 Caractéristiques de l'échantillon

Quinze entretiens ont permis d'obtenir la saturation des données: ils ont été réalisés entre le 11 avril 2020 et le 17 mai 2020, avec émergences de catégories générales. Tous ont été réalisés par visio-conférence compte tenu du contexte épidémique du coronavirus. Les couples étaient à leur domicile, pour la grande majorité dans la région Nouvelle-Aquitaine, mais aussi dans les départements du Tarn et de la Drôme.

La durée des entretiens était comprise entre 17 minutes 53 secondes et 1 heure 3 minutes 54 secondes, avec une moyenne de 31 minutes et 16 secondes.

L'âge des membres du couple a varié de 23 ans à 46 ans pour un âge médian de 31,5 ans.

Nous avons été confrontés à un certain nombre de refus, de non inclus et de perdus de vue concernant le premier recrutement réalisé au cours de l'été 2019.

Ce premier recrutement consistait à se rendre auprès des couples nouvellement parents et leur faire part de notre projet de recherche.

Deux refus immédiats ont été annoncés à la maternité, un couple a été non inclus car le père était absent en raison de son travail ce qui aurait entraîné un suivi trop compliqué pour notre recherche.

Lors de mon premier appel auprès des couples ayant donné leur accord pour les recontacter aux alentours des neufs mois de leur enfant, j'ai été confrontée à de nouveaux refus: un couple ayant changé d'avis sur refus du conjoint, un couple me raccrochant au nez. Huit couples étaient également injoignables malgré les messages laissés.

De plus, un couple a hélas perdu son enfant durant cette période, bien évidemment, nous n'avons donc pas réalisé notre entretien.

Face au nombre important de couples ne participant plus à notre recherche, nous avons donc du faire appel au bouche-à-oreille et réaliser un deuxième recrutement, cette fois-ci en recherchant des couples dans l'entourage personnel et professionnel ayant déjà un nourrisson aux alentours de neuf mois.

Là encore, nous avons dû faire face à de nombreux refus: notamment six couples n'ont pu être inclus sur refus du mari uniquement, trois couples ayant conjointement refusé (ne se sentant pas à l'aise avec le sujet, préférant en parler avec une personne de confiance et non pas une inconnue), deux couples n'ont jamais donné leur réponse, enfin une mère acceptait de réaliser l'entretien en vidéo mais son conjoint n'acceptait de le faire que par écrit.

Nous avons également eu deux non-inclus: une mère célibataire (nous recherchions des couples) et un couple ayant un enfant de vingt mois (nous n'étions plus dans le cadre de l'année du post-partum).

Néanmoins, en réalisant cette technique, nous avons pu compléter notre panel de couples et arriver à saturation des données avec au total quinze couples ayant participé.

Les caractéristiques des différents couples ont été résumées dans les tableaux 2 et 3.

Les couples sont identifiables par la lettre P (père) ou M' (mère non parturiente), M (mère) et C (couple) suivi du numéro attribué lors de la retranscription (par exemple, P1 correspond au père qui a répondu lors du premier entretien). Les nourrissons sont identifiables par la lettre N suivi du numéro attribué lors de la retranscription.

Il est à noter que lorsque nous parlons de couples homosexuels, il s'agit de couples de femmes, en effet, les couples d'hommes n'ayant pas vécu de parturition, nous n'avons ici que recruté des couples homosexuels femmes.

Tableau 2 et 3: Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 2:

Couple	Mère		Conjoint : père ou mère		Orientation sexuelle du couple
	Âge	Profession	Âge	Profession	
1	36	psychologue	43	médecin	homosexuelle
2	23	auxiliaire de vie	24	dessinateur/ projecteur	hétérosexuelle
3	32	chercheur CNRS	29	agent immobilier	hétérosexuelle
4	27	fonctionnaire	35	chauffeur poids lourd	hétérosexuelle
5	34	coordinatrice de projets	46	cadre	hétérosexuelle
6	30	directrice de travaux	31	éducateur sportif	hétérosexuelle
7	36	employée à domicile	42	fonctionnaire de police	homosexuelle
8	28	secrétaire	34	électricien	hétérosexuelle
9	30	chargée relation clientèle	34	ouvrier bâtiment	hétérosexuelle
10	30	travailleuse sociale	30	aide médico psycho en foyer avec handicapés	hétérosexuelle
11	29	animatrice nature/sans emploi actuellement	30	ébéniste	hétérosexuelle
12	27	professeur des écoles	32	professeur des écoles	hétérosexuelle
13	27	secrétaire	27	technicien de maintenance d'un parc d'attraction	hétérosexuelle

Couple	Mère		Conjoint : père ou mère		Orientation sexuelle du couple
14	25	esthéticienne	25	technicien de maintenance	hétérosexuelle
15	31	auto entrepreneurse, modéliste textile	38	sans emploi	hétérosexuelle

Tableau 3:

Couple	Durée de l'entretien	Type d'accouchement	Type allaitement	Nombre d'enfants (nourrisson+ceux déjà présents)
1	30 mins	voie basse, déchirure premier degrés	maternel puis artificiel à 3 mois	1+2
2	17 mins 53	voie basse, épisiotomie	maternel	1
3	53 mins	voie basse, éraillures	maternel puis artificiel à 3 mois	1
4	28 mins 40	voie basse, révision utérine, déchirure premier degrés	maternel puis artificiel à 3 mois	1+1
5	27 mins 30	césarienne programmée sur grossesse gémellaire	maternel puis mixte à partir de 5 mois	2+3
6	20 mins 47	voie basse, périnée intact	maternel puis artificiel à 4 mois	1+1
7	29 mins 22	voie basse, déchirure muqueuse	maternel puis mixte à 3 mois	1
8	22 mins 55	césarienne sur stagnation	artificiel	1
9	28 mins 11	voie basse déclenchée sur retard de croissance	maternel puis artificiel à 3 mois	1
10	41 mins 37	voie basse, hémorragie, déchirure et points	mixte	1
11	1 heure 6 mins	voie basse	maternel	1

Couple	Durée de l'entretien	Type d'accouchement	Type allaitement	Nombre d'enfants (nourrisson+ceux déjà présents)
12	28 mins 35	voie basse avec stagnation	mixte au bout d'un mois	1
13	26 mins 37	voie basse, dystocie des épaules, révision utérine, deux points	maternel puis artificiel à 3 mois	1
14	18 mins 04	voie basse, trois points	maternel puis artificiel à 8 mois	1
15	28 mins 16	voie basse, points	maternel	1+1

III-2 Accouchement et vécu du post-partum chez le couple de façon générale

III-2.1 Caractéristiques et vécus de l'accouchement, vécus du post-partum immédiat

Dans cette première partie nous allons tout d'abord voir les caractéristiques des différents accouchements, puis nous explorerons le vécu de ces accouchements, tant du point de vue de la mère que de celui de son ou sa conjoint(e).

III-2.1.1 L'accouchement en lui-même

Certaines mères ont pu bénéficier d'une péridurale qui a bien fonctionné lors de l'accouchement.

Mais, pour d'autres, soit il n'y a pas eu le temps de mettre en place l'anesthésie par péridurale, soit celle-ci n'a pas bien fonctionné.

La majorité des accouchements s'est passée sans complication, néanmoins, pour certaines mères, des difficultés se sont présentées telles que des hémorragies, révision utérine, césarienne en urgence pour stagnation, une dystocie des épaules ou un déclenchement pour bradycardie du nourrisson.

III-2.1.2 Vécu de la mère

III-2.1.2.a Vécu positif

Globalement, les mères avaient une bonne perception de leur accouchement. Elles étaient sereines (M1), certaines n'ont d'ailleurs même pas ressenti de douleur particulière (M3, M9 et M12). De la fierté a également émané de l'une d'entre elle (M2). Finalement, l'accouchement restera un « bon souvenir » pour M9.

III-2.1.2.b Des regrets

Des mères insistent sur le fait de ne pas avoir pu profiter comme elles le souhaitent des premiers moments avec leur nouveau-né. Pour certaines il s'agissait d'un manque de temps en raison d'urgences médicales tant pour la mère en raison d'une hémorragie (M10) que pour le nourrisson qui devait partir en réanimation néonatale (M9, M13). « La séparation a été difficile » pour M13.

Pour d'autres, l'accouchement ne s'est pas déroulé comme prévu, « ce n'était pas censé être aussi intense », « c'est censé être progressif » nous rapporte M11, cette mère se faisait l'image d'un accouchement naturel, en douceur; qui finalement a été perçu comme très pénible.

III-2.1.2.c Vécu éprouvant

Des moments de stress ou d'appréhension sont tout de même apparus chez un certain nombre de mères au cours des différentes étapes de l'accouchement. Que ce soit au domicile lors de la rupture de la poche des eaux, « c'était l'angoisse car c'était une semaine avant » (M12), ou lors de l'arrivée du nourrisson s'il y a eu quelques complications associées comme N14 qui est né le cordon autour du cou.

Pour d'autres, la douleur a été au premier plan. Comme M4 qui « souffre énormément » au passage de la tête de son nouveau-né et décrit son algie comme « horrible ». « C'était trop dur » pour M11. Des problèmes concernant les anesthésies non fonctionnelles ont vraiment impacté l'accouchement de certaines mères qui a donc été perçu comme « très douloureux » (M8).

III-2.1.3 Vécu du conjoint

L'ensemble des conjoints était présent lors de l'accouchement.

III-2.1.3.a Vécu positif

La majeure partie des conjoints a bien vécu l'accouchement. Celui-ci est même décrit comme « l'accouchement rêvé » par M'1.

Certains pères ont été agréablement surpris et ne voyaient « pas forcément la chose comme ça » (P9), s'attendant à des cris de douleurs de la part de leur compagne.

Enfin, l'accompagnement du personnel de santé a permis aux compagnons de se sentir vraiment en confiance, et d'être bien accueillis.

III-2.1.3.b Vécu neutre

Des conjoints ont vécu l'accouchement sans problème, n'ont pas été « perturbé plus que ça » (P2).

Finalement, « rien de spécial, [...] c'était assez simple » (P12).

III-2.1.3.c Vécu éprouvant

Des compagnons insistent sur le sentiment d'impuissance qui les a envahi face à la douleur de la mère. En effet M'7 ne pouvait « pas vraiment soulager sa douleur », P11 nous explique qu'il a vécu l'accouchement de sa compagne comme « une expérience qui est traumatisante » car a eu « l'impression de la laisser seule dans cette souffrance ».

Mais aussi une impuissance concernant l'accouchement en lui même, « on ne sait pas trop quoi faire, pendant les contractions... on est un peu impuissant » (P10), « on ne se rend pas forcément utile » (P3). P11 était « juste là pour l'accompagner ».

Certains sont justes très impatients, et ont du vivre un accouchement très long avec « beaucoup d'attente » (P3).

Des angoisses et du stress sont aussi apparus. P10 a même été « un peu en panique » lorsqu'il a fallu réaliser une anesthésie générale en urgence sur sa conjointe. De même, lorsqu'il a fallu transférer le nouveau-né en réanimation, « c'était un peu dur » pour P13.

Enfin, certains n'étaient pas prêts à vivre l'accouchement dans son intégralité et à tout voir, P14 a « vraiment tout vécu » comme une « découverte » de par l'absence de draps au cours de l'accouchement de sa femme.

III-2.2 La santé du nouveau-né

Nous allons maintenant découvrir l'état de santé du dernier-né des couples.

III-2.2.a Quelques difficultés

Certains parents ont eu quelques soucis à la naissance de leur enfant mais sans complication majeure. Il s'agissait de quelques coliques (N3, N8), de problèmes de mise en route de l'allaitement avec parfois une mauvaise prise pondérale associée (N3, N6 et N12). L'un des nouveaux-nés a présenté un souffle au coeur avec un suivi adapté par la suite (N4).

III-2.2.b Complications avec réanimation néo-natale

Certains nourrissons ont nécessité un séjour en réanimation néo-natale. L'un pour un retard de croissance in-utéro (N9) avec dix-sept jours d'hospitalisation. L'autre pour une macrosomie et inhalation de liquide méconial avec début d'infection, ayant entraîné cinq heures de surveillance intensive (N13).

III-2.2.c Bonne santé

Pour la majorité des couples, leur nourrisson est en bonne santé, il est « très en forme » (N1), « pète le feu » (N10), va « parfaitement bien » (N5).

III-2.3 Les différents types d'allaitement et leurs vécus

Dans cette troisième partie, nous allons découvrir de quelle façon les nouveaux-nés ont été alimentés, que ce soit un allaitement maternel, mixte ou artificiel, ainsi que le vécu du couple en fonction des allaitements.

III-2.3.1 L'allaitement maternel

III-2.3.1.a Durée de l'allaitement

Une grande partie des mères a allaité jusqu'aux trois mois de leur enfant, pouvant aller pour certaines jusqu'aux neuf mois (moment de notre entretien).

III-2.3.1.b Ressentis des parents

Concernant tout d'abord les mères, plusieurs sentiments se sont mêlés lors de l'allaitement de leur enfant.

- De l'appréhension, en ne souhaitant pas souffrir lors des tétées.
- De la fatigue et des difficultés en terme d'organisation avec la reprise du travail, poursuivre l'allaitement est compliqué en « terme de fatigue, de confort » (M1), de plus, cela prend du temps, « il faut vraiment être disponible pour l'enfant » (M4) surtout si le dernier-né n'est pas le seul enfant de la fratrie.
- Il est également apparu initialement de nombreuses difficultés en terme de douleurs pour d'autres mères, qui ont donc « hyper mal vécu l'allaitement » (M3). Malgré cela certaines mères ont continué d'allaiter, à l'aide de dispositifs comme les bouts de sein en silicone ou le tire-lait. D'autres ont subi une complication de l'allaitement, un engorgement, ce qui a majoré asthénie et algie (M6).
- Vivre avec le regard des autres et leur jugement de ne jamais faire comme et quand il faut, a beaucoup impacté M14 et l'a orienté vers l'arrêt de l'allaitement.
- « On ne leur donne pas » assez de place explique M11, les mères allaitantes auraient tendance à monopoliser la place du parent au sein du couple.
- Enfin, pour quelques mères, l'allaitement maternel s'est très bien passé, et elles ont « trouvé ça génial » (M7).

Qu'en est-il du point de vue des pères ?

- Un sentiment d'impuissance, en essayant d'apporter son soutien « plus moral qu'autre chose » (P3) , car finalement la mère allaitant le nouveau-né, le père ne pouvait rien faire de plus.
- Une exclusion et de la frustration « car l'allaitement c'est une relation assez exclusive entre une mère et son enfant » (P11), avec des difficultés à trouver sa place auprès de son enfant, et un « rôle assez limité » les premiers mois de vie du leur enfant.
- Un certain confort pour d'autres, permettant aux pères de dormir la nuit en laissant leur conjointe nourrir leur enfant.
- Enfin, des pères sont ravis de l'allaitement, pour eux, « tout s'est bien passé » (P15).

III-2.3.2 L'allaitement mixte

III-2.3.2.a Durée de l'allaitement

La mise en place de l'allaitement mixte a pu se faire immédiatement à la maternité pour certaines, au bout de quelques mois pour d'autres, puis l'allaitement artificiel a vite pris le dessus lors de la reprise du travail avec un sevrage progressif de l'allaitement maternel.

III-2.3.2.b Ressenti des parents

- Certains parents qui souhaitent vraiment allaiter leur nourrisson ont pu percevoir le passage au mixte comme un échec à son instauration, « ça a été un peu compliqué » (C10), mais par la suite, cet allaitement s'est tellement bien passé qu'ils ont « trouvé ça génial ».
- Pour d'autres, le fait de pouvoir partager les tâches à deux était un vrai soulagement (C10 et C12).

III-2.3.3 L'allaitement artificiel

Une mère de notre panel est immédiatement passée à l'allaitement artificiel dès la naissance de son enfant. Elle n'a pas exprimé son point de vue là dessus.

III-2.4 Vécu de la nouvelle parentalité

Dans cette quatrième partie, nous allons découvrir le vécu du couple concernant leur nouvelle vie de parents, leur organisation au domicile mais aussi la reprise du travail.

III-2.4.1 Retour à la maison

Notons la présence plus ou moins longue des conjoints après la sortie de maternité. Certains pères ont du repartir très rapidement au travail, tandis que d'autres ont pu prendre quelques jours à quelques semaines pour rester au domicile.

III-2.4.1.a Quelques difficultés

La majeure partie des couples insiste sur l'asthénie liée au retour au domicile.

Chez certaines mères, des troubles psychologiques sont apparus, allant du « blues » avec un sentiment de résignation et de dépit, n'ayant pas vécu « le retour à la maison avec l'euphorie que ça peut déclencher chez certaines mamans » (M3); jusqu'à une dépression du post-partum, ayant pu provoquer « un choc » (M8) lors de l'annonce du diagnostique chez la mère.

Les pères quant à eux étaient conscients des troubles de leur conjointe, mais se sont sentis impuissants.

Un sentiment de perte de liberté a été énoncé par M8, ce qui a pu majorer sa dépression.

De la tristesse a pu émaner de l'un de nos couples, en effet « rentrer à la maison sans bébé, forcément ce n'est pas ce qu'on s'imagine d'un accouchement et de la suite quand on sort de la maternité ».

III-2.4.1.b. Une organisation à instaurer

Certains parents se sont sentis rapidement dépassés, notamment avec deux enfants en bas âge, ou le dernier-né très difficile et ne supportant pas grand chose empêchant ainsi le couple de sortir de chez eux.

Certaines mères n'ayant pas repris le travail ont facilement pu s'occuper de leur enfant.

Pour d'autres, une sorte de relais entre les deux parents se met en place petit à petit, leur permettant de tout partager mais aussi de poursuivre leurs activités personnelles et donc de mieux vivre le retour à domicile.

III-2.4.1.c Du bonheur et de la simplicité

Finalement, quelques couples sont rentrés chez eux sans difficultés, avec une fluidité dans leur nouvelle organisation, « le rythme s'est mis en place tout seul assez facilement » (C2), une certaine sérénité quant au fait que le dernier-né ne soit pas le premier et donc moins de panique pour s'organiser « par rapport au chamboulement qu'a été la première » (C15).

De part la présence du conjoint, le retour a été perçu comme « hyper confortable » (C5) pour certains couples.

III-2.4.2 La reprise du travail

La majorité des mères a repris le travail dès la fin du congé maternité, certaines en adaptant leur emploi du temps, d'autres n'ont pas retrouvé d'activité professionnelle.

Concernant les pères, certains ont repris leur activité immédiatement après le congé paternité, d'autres ont pu cumuler leurs vacances au décours, enfin certains ont eu très peu de jours au domicile conjugal.

Différents modes de garde des nourrissons ont été mis en place, à savoir en crèche, chez une nourrice ou en MAM (maison d'assistante maternelle) lorsque les deux parents travaillaient. Certains, au chômage, ont gardé leur enfant au domicile.

III-2.4.2.a. Vécu de la mère.

L'asthénie est à nouveau rapportée par de nombreuses mères, notamment en raison de leur nourrisson qui ne faisait pas ses nuits. Au contraire les mères qui pouvaient se reposer insistent sur cette chance d'avoir un nourrisson faisant ses nuits, leur permettant de ne pas être épuisée au travail.

Du stress est évoqué lors de la reprise du travail, d'autant plus lors d'un changement de poste, avec un « sacré rythme » à prendre (M5). Une organisation tellement compliquée à mettre en place, que le retour au travail a pu être « très mal vécu » (M9), bien que le travail en lui-même se déroule sans accroc.

Néanmoins, pour d'autres, est abordée une impatience de retrouver l'activité professionnelle, avec un « besoin de reprendre » (M3).

Enfin, quelques mères nous informent que tout s'est très bien passé, que « la reprise a été nickel » (M10), et qu'elles ont pris le temps « de reprendre tranquillement » (M15).

III-2.4.2.b. Vécu du conjoint

Pour certains conjoints, il a pu être difficile de retourner au travail, sur désir de rester au domicile au sein du cocon. M'1 serait « bien restée des mois et des mois à la maison ». Tandis que d'autres ne portaient pas d'intérêt particulier à leur activité professionnelle.

Une asthénie principalement due au travail en lui-même, notamment lorsqu'il s'agit d'un travail dans le bâtiment, est énoncée.

Un rythme un peu difficile à prendre, un peu « tendu » (P10) avec des horaires décalés, entraînant ainsi peu de temps partagé avec son nouveau-né pouvant être un peu mal vécu par le conjoint.

Enfin, la plus grande partie des conjoints a retrouvé le rythme du travail sans complication.

III-2.4.3 Partager du temps à deux?

Une fois les nouvelles habitudes établies entre la reprise du travail et l'organisation associée, nous pouvons nous interroger sur le temps dédié au couple en tant que tel et à son vécu.

Beaucoup de couples évoquent une rareté du temps dédié uniquement à eux. Ceci peut être assez mal vécu, pour certains, le peu de temps à deux est « globalement insuffisant » (C1), d'autant plus lorsque le nourrisson dort au sein de la chambre parentale, il s'agit de « petits moments d'intimité » (C11).

« C'est rare les moments à deux », et « c'est ça le problème » (C8).

« Au départ [...], cela prend beaucoup de temps, on découvre le boulot de parents, on oublie un peu celui de femme ou de mari » (C3). Il est ainsi « compliqué » (C5) de s'accorder du temps à deux et il est possible même que certains aient « mis complètement de côté » leur intimité (C9).

Finalement, les couples passent du temps ensemble lorsque leur enfant dort. Ceci leur permettant d'avoir « un peu plus de temps » (C13) et d'être « vraiment juste tous les deux » (C15).

Pour d'autres, il s'agit de passer désormais du temps à deux mais surtout à trois. « Au début c'était plus à trois » (C13), « on fait à trois » (C14). Ceci est plutôt bien vécu par ces parents, qui finalement nous expliquent qu'il s'agit de leur enfant qui s'adapte à eux et non l'inverse.

Enfin, certains arrivent à laisser leur enfant à la famille, leur permettant de se retrouver, ce temps là est très attendu par les couples en demande.

Ils insistent sur l'importance de se retrouver seulement à deux et « de ne pas hésiter à laisser son bébé, de garder du temps » pour soi (C4), de se réserver « une soirée pour eux » (C12).

A contrario les couples ayant peu d'entourage personnel à qui confier leur enfant insistent sur la difficulté de se retrouver seuls.

III-2.4.4 Devenir parents

III-2.4.4.a Pas de changement

Pour quelques parents, « ça n'a rien changé » (C2), le couple n'est pas « moins proche » (C2) et fait « tout comme avant » (C14).

III-2.4.4.b Du mieux

Des parents nous expliquent se sentir bien, être « très sereins sur ces enfants » et se sentir « vachement plus zen maintenant » (C5).

D'autres se trouvent même renforcés, « avoir un bébé en plus, ça redynamise le couple » (C10).

III-2.4.4.c Réorganisation indispensable

Une réorganisation au sein du couple a lieu, avec une évolution « au même rythme » (C1) pour certains, un simple changement de priorité pour d'autres avec « une vie complètement différente » (C7) qui s'installe, les « préoccupations ne sont plus les mêmes » (C9).

En effet, il y a « moins de coups de tête » (C12) avec « un changement où tu ne penses plus à toi en premier » (C12).

Les parents évoquent aussi une nécessité de se rendre « plus disponible » (C5) pour ses enfants et donc de faire « beaucoup moins de choses qu'avant » (C7). Avec parfois une mise de côté du couple, pour prendre le « rôle de parents » (C9).

III-2.4.4.d Quelques difficultés

Quelques parents parlent de moments difficiles avec « beaucoup de temps » (C3) dédié à l'enfant et peu au couple, et rapportent de l'asthénie, en effet « une vie de famille... c'est fatigant » (C4), « certaines choses sont plus difficiles » (C4) et les parents aimeraient « souffler un peu » (C15).

En outre, il est plus long pour certains de trouver « un équilibre à trois » (C11).

Une perte de liberté assez frustrante est perçue par certains, « du jour au lendemain », le couple ne peut « plus rien faire » (C8). « Quand on dit que ça change la vie un bébé, c'est vrai quoi » (C8).

Enfin, le sentiment d'exclusion est évoqué par l'un des pères, qui a du mal « à trouver sa place » (C11) avec une frustration importante.

Au final, certains se résignent, « c'est le notre, on assume » (C8), « ce n'est plus du tout comme avant, il faut l'accepter » (C11), « il faut juste relativiser en fait et rester forts » (C4).

Dans la partie suivante nous allons découvrir comment les couples ont pu se retrouver sur le plan intime et de quelle façon ils l'ont vécu.

III-3 Vécu de la sexualité du couple au cours du post-partum

III-3.1 Période de reprise et fréquence des rapports sexuels

La période de reprise des rapports sexuels se situe aux alentours de deux à trois mois du post-partum pour la grande majorité des couples de notre panel.

Certains ont retrouvé leur intimité au bout de quelques semaines, pour d'autres cela a pu se situer aux alentours des six mois de leur nouveau-né.

Certains parents aimeraient « que ça soit plus régulier et plus équilibré » (C1), plus « dynamique » (C5), car les rapports sexuels ont lieu « moins souvent » (C2). En effet, depuis l'arrivée des enfants, les couples n'ont « pas beaucoup » de rapports (C4), « la fréquence n'est pas la même » (C6), cela reste « très limité » (C8) et « ce n'est pas linéaire » (C11).

Nous allons voir par la suite les différents facteurs pouvant jouer un rôle sur la sexualité des couples.

III-3.2 Facteurs pouvant influencer la reprise des rapports sexuels

III-3.2.1 Une histoire de temps

III-3.2.1.a Moins de temps à deux

Devenir parents et dédier du temps à son ou ses enfants implique en dédier moins à son couple ou à soi-même.

Que ce soit tout d'abord du temps lié à l'allaitement; trois mères rapportent que l'allaitement est très prenant, en effet les nouveaux-nés sont « beaucoup au sein » (N2), « en demande » (N5) et peuvent réclamer « énormément » (N6).

Il peut s'agir aussi de temps dédié à l'enfant et son éveil. Mais également s'occuper des plus grands qui demandent parfois aussi beaucoup d'attention. « Cela prend beaucoup de temps » (C3) de s'occuper de son enfant, les parents sont occupés « du matin jusqu'au soir » (C4) et tout gérer « est difficile » (C15).

Ainsi, quelques couples nous expliquent avoir moins de temps réservé à eux, ils aimeraient que « ça soit plus régulier » (C1) et nous disent qu'ils n'arrivent pas forcément « à prendre le temps », à « être disponible » (C5).

Au contraire, certains couples arrivant à se retrouver, au cours d' « un moment de libre » (C8) quand l'enfant dort ou est gardé par l'entourage, ne se sentent donc « pas inquiet » (C11) d'être interrompus.

Enfin, la présence physique de l'enfant dans la chambre parentale peut aussi impacter la majorité des couples, que ce soit le fait d'être « en hyper vigilance » (C1) si l'enfant se réveille, ou simplement être « moins à l'aise » et « plus gêné » (C4) de par sa présence. Pour certains il était « hors de question » (C7) de se retrouver intimement avec leur enfant dans la chambre, d'autres étaient moins « dérangés » (C13).

III-3.2.1.b Une attente choisie

Certains couples insistent sur le fait que les atteintes physiques de la conjointe ont repoussé leurs retrouvailles sexuelles, préférant patienter que tout soit bien rétabli et que « la cicatrisation soit faite » (C10). D'autres étaient « moins pressée de reprendre » (M12) dus à la persistance des saignements rapportés.

III-3.2.2 La fatigue

L'asthénie est un facteur qui a pu également atteindre les couples, que cela soit celle en rapport avec leur travail ou leur nouvelle vie de parents.

Les couples épuisés préfèrent dormir, « il faut avoir encore un peu d'énergie pour pouvoir... » (C1), « la fatigue [...] prend le dessus » (C3), en effet « le travail, les gosses, c'est fatigant » (P4).

Une fois que les enfants sont couchés, les parents n'ont « envie que d'une chose c'est d'aller au lit et dormir » (C15).

Au contraire, un couple nous informe d'avoir eu « la chance » que leur fils ait « toujours super bien dormi » (C10) ainsi, il « n'était pas complètement déphasé » ni « crevé ».

III-3.2.3 Les atteintes physiques

III-3.2.3.a Les modifications du corps

Certaines mères sont très impactées par leur changement corporel avec une sorte de dégoût de leur corps, l'une d'elles « détestait son corps », « parce qu'elle était plus grosse et avait pris plus de poids » (M4), une autre « ne supportait plus son sein » (M6) en raison de l'engorgement, « avoir la peau complètement fripée » (M15) en regard du ventre a troublé aussi une mère.

Des pères ont aussi été impactés par les changements corporels de leur conjointe, avec parfois « une distanciation inconsciente » (P5) vis à vis de la poitrine de celle-ci.

Quelques mères ont remarqué des changements, mais ont pris le temps de s'y faire; comme le fait de n'être « pas lubrifiée » (M5) en raison de l'allaitement, avoir « du lait qui sortait » (M7) durant les rapports, et ainsi de ne pas avoir « le même corps qu'avant évidemment » (M7), de ne pas récupérer « son corps comme on voudrait, aussi vite qu'on voudrait » (M5) mais précisent qu'il « faut récupérer son corps pour être bien dans sa tête et à l'aise pour faire l'amour » (M5). Finalement « il faut accepter cette transformation même si c'est en plus ou en moins bien. Tu changes en peu de temps, c'est intense et court » (M11).

D'autres mères n'ont pas été dérangées par leur changement corporel, bien que présent. Elles ne se sont pas posées « trop de question » (M13) ou n'ont pas eu « l'angoisse du corps qui a changé » (M10).

III-3.2.3.b Les douleurs perçues

Quelques mères rapportent avoir ressenti certaines algies, à savoir des « tiraillements » (M3), « des adhérences [...] au niveau du vagin, qui peuvent être douloureuses » (M8), bien qu'accouchée par césarienne. Il a fallu du temps pour « que l'élasticité se retrouve » (M13).

Pour d'autres, il y a pu y avoir quelques sensations d'inconfort, « ce n'était pas agréable du tout » (M5) du fait d'un manque de lubrification associé à l'allaitement.

Enfin, quelques mères n'ont eu « aucune douleur » (M7 ou M15).

III-3.2.3.c Les aléas de l'allaitement

Des douleurs en regard de la poitrine, tant physiologiques que dues à une complication (crevasses ou engorgement) sont aussi nommées, « ça a été très problématique » (M6) avec « une appréhension sur la vue » du sein engorgé et des cicatrices qui persistent. D'autres nous expliquent que « d'avoir très mal aux seins » (M7) ou avoir « des sensibilités au niveau de la poitrine » (M15) peut entraîner un « blocage » (M9).

Pour d'autres mères, il ne s'agissait pas de douleur, mais de l'aspect esthétique, « les seins qui coulent, ce n'est pas non plus très sexy quoi » (M1), « avoir une relation, le lait qui coule, ce n'est vraiment pas agréable » (M7) et « ce n'était vraiment pas la peine ».

III-3.2.4. Les atteintes psychologiques

III-3.2.4.a Le passage de femme à mère

Certaines mères nous affirment qu'il « était un peu compliqué, de penser aux deux en parallèle » (M1), à savoir sexualité et allaitement, l'utilisation de son corps n'était pas pour la même chose. Une mère nous explique que si son conjoint lui touche les seins, elle va « moins aimer qu'avant » (M2) car pour elle, son corps était au début dédié à son enfant.

III-3.2.4.b Les appréhensions

Certains couples ont présenté des peurs avec beaucoup d'anticipation.

Cela pouvait s'agir d'une peur quant à un changement de la sexualité par rapport à avant, des angoisses concernant des difficultés qui pourraient perdurer après, avec une « anticipation négative » (M1), des couples avaient « un peu peur de comment cela allait se passer » et craignaient « avoir oublier alors que c'était il n'y a pas longtemps » (C2).

Ils ont pu vouloir essayer simplement pour se prouver qu'il n'y avait pas de changement, être « sur que ça remarche » (M12).

La crainte également du conjoint qui a tout vu, l'accouchement, qualifié de « traumatisme » (M11) et se demander si celui-ci voudra à nouveau toucher sa conjointe.

Des craintes sur des potentielles douleurs, avec « l'impression que ça allait être la première fois » et de « recommencer à zéro » (M2), « peur d'avoir mal » (M3). Il a pu même y avoir « un blocage sur la douleur, la peur d'avoir mal » (M9), la crainte que la reprise de la sexualité « abime un truc » (M11), ou que les rapports sexuels ouvrent les points de cicatrisation d'épisiotomie.

Le conjoint peut aussi avoir « un petit peu peur par rapport aux conséquences de l'accouchement » (P13) sur le corps de sa femme.

Enfin, il arrive pourtant que certaines femmes, comme M7, n'aient « aucune peur ».

III-3.2.4.c Les maladies psychologiques

Il semble assez aisé de comprendre que s'il apparaît des maladies psychologiques chez l'un des deux membres du couple, leur sexualité ne soit pas perçue comme intacte.

C'est le cas pour M8 dont « le moral [...] n'était pas forcément là. Donc ça n'a pas aidé » à reprendre une vie sexuelle.

III-3.2.4.d Les troubles de la libido

Certaines mères rapportent une baisse de libido en post-partum, d'autant plus pour celles qui n'ont pas de rapport sexuel très fréquent en temps normal, en effet certain couples stipulent ne jamais avoir « été de grandes accro de sexe » (C7), ne pas avoir « une forte libido déjà de base » (M14) ou ne pas être « une fan incontournable du sexe » (M15).

Cette sexualité déjà espacée en pré-partum, a pu se raréfier au cours du post-partum, avec « vraiment zéro, zéro, zéro envie » (M14).

Certains pères ont aussi été touchés par des troubles de la libido, « d'avoir tout vu justement » à l'accouchement, a « inconsciemment, fait un blocage » (P14).

Pour quelques couples, la sexualité n'était pas vraiment leur priorité et la laissaient naturellement de côté, cela « vient moins forcément à l'idée » (C2), le couple « ne pensait pas forcément à ça » (C8).

Enfin, certains couples n'ont pas été impactés par un quelconque trouble de la libido. En effet C1, « était même étonné de retrouver assez facilement de manière intacte toutes les questions du désir ».

III-3.2.5 Le problème d'une contraception

Certains couples ne retrouvent pas immédiatement une contraception adaptée à leur vie sexuelle, cependant, ils désirent en instaurer une malgré tout, ne souhaitant pas une nouvelle grossesse immédiatement.

Sans contraception, une mère est retombée enceinte (M8) et a dû avorter, ce qui fut « assez compliqué ». Elle est à nouveau sous pilule désormais.

Un autre couple a utilisé le préservatif (sur refus de la mère d'utiliser un contraceptif hormonal). « C'est comme si c'était au tout début, ça fait bizarre forcément », « ça a fait un blocage, c'est moins naturel » (P9).

III-3.3 Vécu du couple

Nous allons découvrir dans la partie suivante les perceptions des couples concernant leur sexualité du post-partum.

III-3.3.1 Vécu de la mère

III-3.3.1.a Se sentir comprise et écoutée

Les mères en couple avec une femme, se sentent très comprises par leur partenaire, d'autant plus si celle-ci a connu la maternité. « Il y a une compréhension, y compris à ce niveau là. Tant au niveau du corps bien sûr, de l'acte en lui même, mais aussi de comment on se sent psychiquement et comment on est orienté vers son bébé » (M1), permettant ainsi à la mère d'être « vraiment sur la même longueur d'ondes » (M1) que sa conjointe. Le fait que la compagne soit une femme, peut aider « à la compréhension de la chose. Un mec, ça ne percute pas pareil » (M7), « avoir le même ressenti, en étant deux femmes, forcément, ça aide vraiment » (M7).

Les mères en couple avec un homme insistent aussi sur le fait de ne pas s'être sentie « opprimée » (M3) par le conjoint, qui « était très à l'écoute » (M15) et qui « a pris le temps » (M9). Elles expliquent l'importance de pouvoir discuter avec le conjoint afin de « voir s'il y avait des choses qui avaient changé ou pas » (M10), et sur la confiance établie entre les deux membres du couple.

III-3.3.1.b Un retour naturel à la sexualité

Pour quelques mères, « ça s'est remis en place naturellement » (M2), « très progressivement » (M3), sans « cassure » (M10) et sans « changement particulier » (M12).

D'autres mères qualifient leur sexualité comme étant « une évolution normale » (M6), avec une reprise des rapports sexuels ponctuée de moins d'inquiétude lorsqu'il s'agit d'un deuxième enfant, sans différence majeure comparée à la sexualité antérieure.

III-3.3.1.c Une différence mal vécue

Certaines mères vivent mal le temps dédié uniquement aux enfants, en tant que parents, car cela « enlève des moments à deux » (M4).

Pour d'autres la sexualité est « très limitée » et « assez compliquée » (M8).

Quelques mères avaient des douleurs associées à des troubles de la lubrification, et le fait de ne pas savoir pourquoi ces douleurs étaient présentes, pouvait être mal perçu.

De plus, certaines transformations du corps, notamment pathologiques ont pu freiner la femme dans sa sexualité, d'autant plus si la mère a « mis un moment à accepter » (M6) ce qui la bloquait.

III-3.3.2 Vécu du conjoint

III-3.3.2.a De la compréhension

Une sorte de connexion évidente, notamment entre femmes avec un couple « synchrone » (M'1) est énoncée par certains. D'autres nous expliquent qu'« il ne faut pas hésiter à en rigoler aussi, il faut dédramatiser » (P11) avec sa conjointe.

III-3.3.2.b Laisser du temps à sa conjointe

Des pères ont fait preuve de patience en se doutant de l'importance des changements corporels de leur conjointe et n'ont « pas insisté ni forcé là-dessus » (P3).

Ils ont « du être prudents [...] par rapport à la première fois » avec « l'envie de faire attention quand même » (P5) et « prendre le temps » (P9).

Ils ont attendu qu'elle « soit prête et qu'elle ait envie » (P12), que cela soit « son moment à elle » (P15).

Les douleurs maternelles sont quelque chose que le ou la conjointe ne pourra jamais ressentir, ainsi les partenaires « le respectai[en]t » (M'7).

III-3.3.2.c Un mal-être

Certains conjoints, bien que patients, expriment leur frustration vis à vis du délai de reprise des rapports sexuels, ils ont des envies, en discutent avec leur partenaire, « même si cela n'enlève pas toute la frustration » (M5) et « signifiait pas de retour à la libido » (M7).

D'autres ont mal vécu le fait que leur femme devienne plus une mère, et ont pu penser que celle-ci « préfère s'occuper de son bébé que de faire des câlins à son homme comme elle faisait avant » (P9).

L'un des pères a eu un blocage de sa libido avant un retour à la normale par la suite.

III-3.3.2.d Pas de changement particulier

Certains pères n'ont pas perçu de changement concernant leur sexualité, et suivent « le fil de l'eau » (P2). Ils n'ont pas l'impression qu'il y a « un avant et un après » (P3).

D'autres se trouvent même « encore plus liés » (P10).

III-3.3.3 Importance de la communication

Le point commun à tous les couples de notre panel est la communication et la compréhension.

Parler spontanément de sexualité permet de se comprendre plus facilement et rapidement: « il y a eu du dialogue, à partir de ce moment là, c'était très bien » (C3), cela évite toute « crispation » (C5).

« Le dialogue est très important » et « primordial » (C7), les couples sont « beaucoup dans l'échange » (C10) et précisent qu'il « faut en parler » (C11).

Il ne faut pas être gêné(e) de parler à son conjoint, notamment s'il y a des interrogations de l'un d'eux.

Néanmoins les couples homosexuels femmes se demandent s'il ne serait pas encore plus important de communiquer au sein des couples hétérosexuels, du fait peut-être de moins de « symbiose » instinctive.

La majeure partie des couples communique principalement entre eux, « tous les deux surtout » (C2), car sont « assez ouverts » (C3) et n'ont « pas vraiment de sujet tabou de façon générale » (C3). Bien que parler de sexualité soit « un sujet un peu plus sérieux », c'est donc « un peu plus compliqué » (C4).

Ceci s'avère d'autant plus compliqué lorsque l'un des deux membres du couple a du mal à verbaliser ses éventuels troubles, c'est une fois les échanges instaurés au sein du couple que celui-ci peut travailler à deux sur le problème évoqué. (Ce que nous évoque la mère ayant eu son engorgement).

Au final, le sujet de la sexualité est un sujet plus ou moins facile à aborder mais la plupart des couples arrive tout de même à en parler, à deux. Certains n'en ont pas discuté, mais plus par absence de nécessité d'échange sur ce sujet en raison d'une certaine fluidité au sein du couple que par un tabou imposé.

Tous les couples n'ont pas vécu leur sexualité du post-partum de la même façon, y compris au sein même du couple les conjoints ont également pu vivre leur sexualité différemment.

Nous allons par la suite, nous intéresser à la façon d'aborder la sexualité avec les couples.

III-4. Parler de sexualité du post-partum

III-4.1 Sujet de la sexualité du post-partum abordé ou non

III-4.1.1 Sujet abordé durant la grossesse

Certaines mères nous expliquent avoir pu bénéficier d'informations sur la sexualité, et cela dès leur grossesse. Que ce soit d'aborder le sujet « très vite fait » comme M2 avec la sage-femme, ou durant les cours de préparation à accouchement. Des mères participaient en groupe avec des interlocuteurs les préparant à l'après, où l'« on parle de l'allaitement, du après, de tout » (M10). Le module dédié à la sexualité pouvait faire partie des cours proposés au choix des couples mais non imposés.

III-4.1.2 Sujet abordé après l'accouchement

Le thème de la sexualité est souvent survolé, certaines mères nous expliquent que lors du séjour à la maternité la sage-femme annonce que le couple peut reprendre une sexualité dès qu'il est prêt, elle « n'impose rien » (C7). Elle peut aussi demander au cours du suivi du post-partum s'il y a des soucis particuliers, sans plus s'étendre sur le sujet, « ça s'est arrêté là » (C1).

Certaines mères sur le moment, n'ont pas d'interrogation particulière mais savent qu'à distance la sage-femme peut être disponible si le besoin s'en trouve et poseront leurs questions au fur et à mesure que celles-ci se présentent.

D'autres au contraire, saisissent l'occasion et n'hésitent pas à aller plus loin dans les questionnements.

Néanmoins, quelques mères regrettent le fait que la sage-femme ne pousse pas plus loin les questionnements, et en reste au stade de simplement survoler le sujet ou de proposer de poser des questions si nécessaires, mais en restant dans le vague.

Enfin, certaines sage-femmes abordent ce sujet automatiquement de façon plus approfondie, « ça faisait partie d'une liste de questions qu'elle posait de base après un mois » (M6), et « c'est à partir de là qu'elle met le travail de travail de rééducation du périnée en place » (M10).

De plus, le problème majeur qui peut se poser en terme d'accompagnement reste la disponibilité des sage-femmes et les délais d'attente très long pouvant aller à plusieurs mois avant de la rencontrer nous précise t'on. (M8). Ainsi, des mères peuvent se retrouver dépourvues. Certaines ont pu parler de sexualité lors des séances de rééducation du périnée avec le kinésithérapeute (M5) ou à distance lors de la réalisation du frottis cervico-utérin (M12) avec le médecin traitant.

Parfois, la mère n'est pas seule à bénéficier des connaissances du professionnel de santé, quelques pères ont pu profiter de la présence de la sage-femme afin de poser des questions et ont pu trouver cela « très pratique » (P10).

III-4.1.3 Sujet non abordé

Il est à noter que certaines mères n'ont pas participé à tous les cours de préparation à l'accouchement. Néanmoins les mères qui ont participé à tous les cours nous informent que pour la grande majorité des cas, le thème de la sexualité du post-partum, ainsi que tout le côté psychologique de cette période est éludé.

Beaucoup de mères nous racontent que le sujet n'est pas développé au cours de la grossesse, ni au sein de la maternité où l'on ne parle que de contraception. Les couples homosexuels ont même pu se demander si le sujet n'était pas abordé seulement du fait de leur orientation sexuelle.

Pour certaines, le sujet n'a pas non plus été abordé au cours du post-partum... « Depuis neuf mois on n'en a jamais parlé à quelqu'un d'autre à part notre famille » (C9). Une mère nous rapporte avoir eu des indications concernant la contraception, « mais pas vraiment sur la sexualité en elle-même. Sur comment ça va revenir, quand est-ce qu'on peut s'y remettre, tout de suite ou pas » (M15).

Nous pouvons ainsi observer que le professionnel de santé qui aborde le plus souvent le thème de la sexualité du post-partum est la sage-femme. Plus rarement le kinésithérapeute voire le médecin traitant.

III-4.2 Réactions du couple face au manque d'informations

III-4.2.1 Où trouver des réponses ?

Certains couples se sont informés grâce aux réseaux sociaux en découvrant que « plein de femmes [...] parlaient du post-partum » (C2), par l'intermédiaire notamment d'Instagram avec le « #post-partum » (C8). Quelques autres sont allés sur internet sans pour autant se rendre sur un réseau particulier.

Pour d'autres, l'entourage est intervenu, à savoir les amis et connaissances, une mère nous raconte s'être débrouillée par elle-même pour se renseigner avec ses copines (M9).

Quelques-uns ont trouvé de l'aide par le biais des médias, grâce à des reportages à la télévision ou dans les journaux.

Enfin, pour d'autres raisons, les couples ont aussi pu être informés avant, comme C7 qui avait déjà eu des données dans le passé avant la prise en charge de l'hystérectomie de M'7.

III-4.2.2 Vécu du couple

III-4.2.2.a Bonne adaptation du couple

Certains couples n'ont pas eu beaucoup d'informations, voire pas du tout. Ils n'avaient « pas d'interrogation particulière » (C1), n'ont « pas vraiment cherché non plus » (C13) mais n'ont pas perçu de manque. La plupart des couples savait que leur sage-femme serait disponible si des interrogations se posaient, ce qui les rassuraient.

Ils ont aussi pu se renseigner par leurs propres moyens.

Enfin, quelques-uns estiment « que c'est au couple de se renseigner et de chercher des informations si besoin » (C5).

III-4.2.3. Quelques difficultés

D'autres couples ont du faire face à l'absence d'informations, ce qui leur était bien moins simple.

Cela a pu être vraiment préjudiciable, une mère nous précise qu'elle aurait été prévenue, elle aurait peut-être été moins mal (M8). Si certaines interrogations avaient été émises, d'autres auraient peut-être anticipé les choses et posé des questions à leur tour (C9), en effet ils sont restés longtemps sans réponse déplorent-ils.

Quelques mères se sont senties un peu « seule » (M15), auraient aimé un soutien, elles étaient perdues et angoissées, « dans le flou » (M12). Elles se demandent d'ailleurs si elles n'ont pas eu tant de questionnements du fait de ne pas avoir eu de réponses au préalable.

III-4.3 Avis du couple concernant l'abord de la sexualité du post-partum

III-4.3.1 Avec qui aborder le sujet?

- Tout d'abord, quel professionnel de santé est jugé adéquat pour les couples?
« Quelqu'un qui sait à qui et à quoi il a à faire ». (C7)

Une grande partie des couples parlerait de sexualité avec le médecin traitant, notamment s'il s'agissait de questions d'ordre médical.

En effet, « si on a une gêne avec son médecin c'est dommage! Le moindre soucis de santé, ça limite! Il n'est pas là pour juger, mais pour que ça aille mieux » (M8).

Au contraire, l'aspect médecin de famille, peut gêner certains parents, notamment s'ils sont suivis par celui-ci depuis l'enfance et ont une « image globale » (M13) de leur(e) patient(e). Pour eux, le généraliste « va gérer toute la bobologie » (M13).

C'est ainsi que certains iraient plus vers un psychologue s'il s'agissait de questions de désir (M1) ou vers le gynécologue, plus spécialisé. Voire même un sexologue, l'un des

pères suppose que le généraliste ne serait pas capable de répondre à des questions si spécifiques.

Evidemment, la place de la sage-femme est prépondérante, « l'étiquette de la sage-femme est vraiment une bonne étiquette » (C10).

Du fait qu'elle soit « en contact avec des milliers de mamans, et que son expérience va peut-être apporter d'avantage qu'une personne lambda qui a moins de vécu avec les mamans » (M3). De plus, elle est le professionnel de santé qui se présente au couple dans l'ordre naturel des choses au cours du post-partum. « C'est propice, car on est vraiment sur le corps, sur la maternité » (M5).

Enfin, l'aspect « fugace » du suivi avec la sage-femme peut aussi convenir, les mères sachant qu'elles n'allaient pas forcément la revoir par la suite.

- Outre la question profession de santé, il se présente également le facteur âge et sexe de l'interlocuteur.

Des parents nous précisent qu'il leur serait difficile de parler de sexualité avec un homme qui « pourrait plus être dans le jugement qu'une femme » (P15).

Alors que pour d'autres, « on savait pourquoi on y allait » (M10), homme ou femme, le gynécologue est là pour réaliser le suivi de la grossesse.

Le jeune âge de l'interlocuteur peut aussi mettre plus à l'aise les membres du couple. Lorsqu'il s'agit d' « un vieux monsieur », « un médecin de vieille génération » « cela ne viendrait pas naturellement » (C10).

- Le type de relation professionnel/ patient est aussi évoquée avec notamment une relation de confiance indispensable.

Un père nous explique qu'il lui serait plus simple de dialoguer avec son médecin de longue date qu'avec un inconnu, « c'est au cas par cas » (P3). C'est « surtout au feeling et à la confiance envers la personne ». Il est noté le besoin de créer un lien stable avec son interlocuteur, de le voir assez régulièrement et de bien s'entendre avec lui.

Les échanges, parler librement et l'absence de gêne sont aussi primordiaux.

- Enfin, la présence du père au cours des entretiens est aussi soulignée.

En effet, des mères souhaiteraient un rendez-vous à trois, avec le conjoint, cela pourrait « être intéressant » (M6).

Bien que le conjoint ne s'y sente pas forcément à l'aise, et ne parlerait que s'il « y était vraiment obligé » (P14), cela permettrait aux mères d'être « plus crédibles » (M14). Le père aurait ainsi un point de vue médical quant aux possibles troubles de la mère, et celle-ci n'aurait plus l'impression de « chercher une excuse » (M14).

III-4.3.2 Comment aborder le sujet?

- Prendre le temps

Le temps dédié à la consultation est très important. « Les généralistes ont tellement de choses à faire, qu'il serait certainement difficile pour eux de prendre le temps d'aborder ce thème » (M5), « c'est toujours hyper chrono » et il serait difficile de se confier sur sa sexualité en « un quart d'heure » (M11).

Une autre mère nous raconte que le rendez-vous post-accouchement (avec le gynécologue) est très bref, « en dix minutes c'est terminé ». « Il n'y avait pas beaucoup de place pour le dialogue, et ça ne met pas forcément à l'aise pour parler de ça » (M10).

- Amener le thème de la sexualité au cours de l'échange

Dans la façon d'aborder le thème, l'un des pères souligne l'importance que ce sujet soit abordé en premier par le professionnel de santé, il connaît sa conjointe et sait pertinemment qu'elle n'en aurait jamais parlé d'elle-même, ce que celle-ci confirme. De plus, il estime important de préciser les demandes. En effet, quand un médecin demande si « tout va bien », on n'entend pas forcément précisément la sexualité. Alors que si on orientait la question vers les parents, « et votre couple ça va? » (P15) cela pourrait déclencher une réaction.

Aussi, « il serait préférable de ne pas parler de ce sujet de but en blanc » (P11) mais d'amener progressivement la conversation sur ce terrain. Il faudrait que le sujet soit amené de manière adroite, trouver les mots adéquats et ne pas seulement l'aborder d'un point de vue médical.

Il ne faut pas non plus faire paniquer les gens car « il y a encore ce truc d'être normal » (P12), « pour les rapports il ne faudrait pas en instaurer une [norme] », « on peut rassurer sans imposer de norme » (M12).

- Différents types de support

« Utiliser une forme de documentation pour diffuser les informations » peut s'avérer utile, « les gens la lisent ou ne la lisent pas » (P12). C'est le cas d'une des mères qui a reçu des flyers à la maternité, auxquels elle n'a pas accordé d'attention.

Un cours de groupe de paroles permettrait d'être à l'aise, les autres peuvent avoir des questions que la personne concernée n'aura pas et inversement. Ainsi il serait « plus facile d'ouvrir le débat et partir sur des choses comme la sexualité ». Des petits groupes de deux ou trois seraient adaptés, il ne faut pas être trop car « plus on est, moins on a envie de parler » (P13).

III-4.3.3 Quand aborder le sujet?

- Avant l'accouchement

Une grande partie des couples que nous avons interrogés trouverait judicieux de parler de sexualité dès la grossesse, en effet, « du moment qu'on fait un bébé, [...] il y a plein de trucs à voir avant » (M4).

L'un des couples nous propose de dédier un cours à la libre disposition de chacun sur le post-partum, regroupant l'organisation familiale, l'allaitement et la sexualité. Cela permettrait d'ouvrir le dialogue « quand le problème n'est pas vraiment là, donc pas vraiment de tabou à avoir. C'est plus facile de parler de problèmes qu'on n'a pas. Après il faut que le papa soit présent aux cours » (P6). « S'il y a un cours avant, qui explique toutes les possibilités, comment ça se passe » (P15), cela permettrait aux couples d'être plus prêts psychologiquement et de comprendre que certaines choses sont normales, notamment concernant leur intimité.

- Lors du séjour à la maternité

Une mère propose d'aborder le sujet « directement à la maternité » (M4), à défaut de l'aborder en pré-partum, tandis que cette période serait le moment adéquat pour en parler selon une autre (M9).

Enfin, pour certaines, la séjour à la maternité, n'est pas non plus le moment pour parler de sexualité du post-partum.

- Après l'accouchement

Pour quelques mères, il serait utile de proposer un rendez-vous spécifique concernant la sexualité du post-partum, et ainsi ne pas délaissé les mères « une fois la grossesse terminée » (M4), cela permettrait de faire « le point sur le corps, les difficultés » (M5). Il serait de plus important de prévoir en systématique ce rendez-vous concernant la sexualité du post-partum.

Une autre propose d'utiliser les rendez-vous pédiatriques mensuels pour parler de ça, « cela serait le moment de poser la question » (M6).

Un rendez-vous en tête à tête entre le professionnel de santé et la mère serait adapté, suivi d'un rendez-vous distinct incluant le père.

III-4.3.3 Intérêt pour le couple

- Une aide de routine aux couples:

Tous les couples ne parlent pas spontanément de sexualité, de plus pour « certaines femmes c'est la peur d'être ridicule [...], la peur de mal faire ou de mal dire » (M'7) et cela peut limiter leurs interactions avec des professionnels de santé, enfin certains couples ne pensent tout simplement pas à s'exprimer sur la sexualité.

Il serait donc judicieux que les professionnels de santé abordent systématiquement ce sujet afin que les couples puissent parler sans se sentir jugés et être amenés à parler de ce thème un peu « tabou », d'autant plus pour les parents anxieux.

De plus certains pères insistent sur l'importance de s'entretenir avec les professionnels de santé, en couple, de ne pas délaisser le père au cours du post-partum.

- Une réassurance:

Savoir « que tout est normal » (M2) même si le couple n'est pas comme avant et ne retourne pas à la vie d'avant permettait à de nombreux parents de se sentir rassurés et moins seuls.

« Comprendre pourquoi ça bloque, si ce n'est plus comme avant, voir les changements qui sont faits à cause de l'accouchement et que ce n'est pas forcément à cause des envies » (P9).

- Une préparation indispensable au devenir:

« Sans être alarmiste, ça serait bien d'avoir la possibilité d'accéder à ces cours » (P3), notamment concernant la sexualité et d'être préparés aux éventuels problèmes à venir, afin d'appréhender « tout ça, peut-être mieux le gérer » (M8).

Un cours sur le post-partum, réunissant les possibles aléas du couple, de l'allaitement, de la psychologie et de la sexualité serait indispensable pour beaucoup de mères, notamment les primipares, car personne « ne parle en effet ni de la mère ni de la parentalité ni de la sexualité » (C6).

Ceci éviterait que « le couple et la famille partent en live ou se déchirent par rapport à ça » (M9).

- Aborder le sujet au moment adéquat:

Si les parents ne sont pas réceptifs aux informations ou au mode de diffusion de celles-ci, les couples perdraient tout intérêt à ce qu'on leur parle de sexualité du post-partum.

III-5. Constatations

III-5.1 Accouchements et sexualité du couple

Les principales constatations que nous pouvons faire concernant les accouchements et la sexualité perçue des couples sont les suivantes:

-> Les douleurs perçues en regard du périnée pouvant être un potentiel frein à la reprise de la sexualité du couple, ne sont pas forcément liées au type d'accouchement ou aux éventuelles lésions du périnée lors de l'accouchement par voie basse. En effet, certaines mères ont pu ressentir des douleurs périnéales bien qu'accouchées par césarienne alors que la majorité des mères ayant eu des lésions périnéales durant l'accouchement par voie basse n'a pas ressenti de douleur périnéale lors de la reprise des rapports.

-> Concernant l'accouchement, quelque soit son vécu, la majorité des couples a une bonne perception de sa sexualité.

III-5.2 Allaitement et sexualité du couple

Nous avons constaté que quelque soit le vécu de l'allaitement maternel, la majorité des parents a une bonne perception de la sexualité.

III-5.3 La nouvelle vie du couple et sa sexualité

- Nous avons d'abord constaté que quelque soit l'état de santé du nourrisson au cours de ses premiers mois de vie, la majorité des couples a une bonne perception de sa sexualité.

- Nous avons également découvert que quelque soit le vécu du retour au travail, la sexualité est quant à elle globalement bien perçue par les couples.

- Enfin, aucun des parents vivant bien leur nouvelle parentalité et leur vie à trois, ne déclare avoir une mauvaise perception de leur sexualité. De plus la majorité des parents, avec peu de temps à deux ou pas, vit globalement bien sa sexualité également.

III-5.4 Psychologie du couple et sa sexualité

- Nous pouvons mettre tout d'abord en évidence que la majorité des couples ayant eu des angoisses concernant la reprise de la sexualité, l'a tout de même bien vécue.

- Au contraire, une mère ayant subi une dépression du post-partum a très mal perçu sa sexualité.

III-5.5 Sujet de la sexualité abordé et vécu de la sexualité du couple

- Nous constatons tout d'abord que les couples qui ont la possibilité de recevoir des informations sur la sexualité auprès d'un professionnel de santé, ou qui les ont déjà reçues, se sentent bien accompagnés.

- De plus, la majorité des couples qui a bien vécu la sexualité a reçu à un moment donné des éléments informatifs sur la sexualité ou savaient pouvoir compter sur un professionnel de santé.

- Enfin, lorsque le sujet de la sexualité est abordé, c'est pour la grande majorité des couples, par la sage-femme. Pour M5, le kinésithérapeute en a également parlé lors de la rééducation du périnée, et pour M12, le médecin traitant en a parlé, mais à distance de l'accouchement.

III-6. Synthèse générale

Quinze entretiens ont permis d'obtenir la saturation des données.

Des tendances sont apparues au contre de notre analyse, et nous avons pu mettre en évidence différents facteurs pouvant influencer sur la sexualité des couples lors du post-partum.

Nous avons pu explorer le vécu de certaines étapes et parties de leur vie en parallèle de leur sexualité, comme le vécu de l'accouchement, de leur parentalité ou encore de leur reprise d'activité professionnelle afin de voir s'il y avait un lien entre les différents vécus du couple.

Nous avons pu découvrir également les attentes des couples concernant l'accompagnement du post-partum notamment sur cet aspect de leur vie, la sexualité.

Concernant l'expérience et le vécu des couples:

-> On distingue des facteurs protecteurs pour une bonne perception de la sexualité:

- la communication au sein du couple.
- un entourage présent (tant pour les échanges d'expérience que pour garder le nouveau-né).
- un bon vécu de la nouvelle parentalité.

-> Et des facteurs potentiellement aggravant:

- la douleur, quelle qu'elle soit, en regard du périnée ou de la poitrine.
- l'asthénie.
- l'appréhension.
- les complications de l'allaitement.
- les troubles psychologiques.
- un vécu difficile de la parentalité avec diminution du temps dédié au couple seul.

Nous avons mis en évidence que les douleurs perçues en regard du périnée par certaines mères pouvaient être présentes quelque soit le mode d'accouchement, avec ou sans traumatisme du périnée, et que la majorité des mères ayant accouché par voie basse avec parfois des déchirures n'a pas perçu de douleur lors de la reprise des rapports sexuels.

Sur l'aspect de la nouvelle vie parentale, il est mis en évidence une meilleure perception globale de celle-ci lorsque qu'elle est associée à un nouveau groupe à trois et du temps partagé à trois, non pas du temps perdu à deux.

Néanmoins, même si certains couples objectivent une baisse de temps partagé à deux, cela ne les empêche tout de même pas d'avoir un bon vécu de leur intimité.

Enfin, concernant les vécus des couples par rapport aux informations dédiées à la sexualité du post-partum, nous avons mis en évidence trois catégories différentes:

-> Les couples ayant reçu des informations avant l'accouchement, qui ont été bien préparés aux possibles adversités et insistent sur l'absence de « mauvaise surprise ».

-> Les couples qui se sont débrouillés seuls, n'attendaient rien de personne, mais qui n'ont pas vraiment eu à faire face à des problèmes de sexualité.

-> Les couples qui ont reçu des informations, mais tardivement. Que ce soit par le biais de l'entourage ou par l'intermédiaire de professionnels de santé. Ces couples là auraient apprécié pour la majorité être informés avant, être prévenus pour anticiper les problèmes. Ils savaient pouvoir faire appel à une personne extérieure à leur couple si besoin, mais ce n'est pas pour autant qu'ils ont forcément abordé le sujet, ou que celui-ci a été abordé au bon moment.

Nous avons constaté que même si pour certains couples, la reprise des rapports sexuels a pu s'avérer difficile, avec certains freins potentiels mis en évidence au début, ces freins se sont vite levés pour la majorité et ils gardent une bonne perception de leur sexualité.

Certaines difficultés se sont présentées pour beaucoup de couples, comme les appréhensions ou les douleurs avérées, mais finalement c'est plus le vécu de ces phénomènes qui influe sur la sexualité du couple, que les phénomènes en eux-mêmes.

De même pour la perception de la parentalité, des parents qui apprécient le temps à trois ou en trouvant à deux se disent bien plus épanouis que ceux qui se retrouvent sans entourage ou perçoivent ce temps à trois comme amputant le temps en couple.

Enfin, nous avons découvert au cours de notre étude, que le sujet de la sexualité du post-partum était très rarement abordé par le médecin généraliste.

IV- Discussion

IV-1. Points forts et limites du travail

IV-1.1 Recherche qualitative

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficilement mesurables, notamment pour répondre à des problématiques de soins primaires. « Elle consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative » (12).

« L'attention est portée sur ce qui émerge du terrain, en tenant compte des contextualités et des acteurs qui vivent les phénomènes et de la manière dont ils les vivent » (13).

Mon but n'était pas de mesurer mais d'étudier les émotions, les sentiments, les comportements et le vécu de la sexualité des couples dans cette période charnière de leur vie: le post-partum. Le discours est libre et reflète le ressenti propre des parents interrogés. Cette précision et la richesse de chaque vécu ne pourraient être restituées fidèlement avec des questions fermées.

Le fait de savoir qu'ils étaient enregistrés a pu modifier le discours des participants. De plus la présence des deux membres du couple a possiblement pu modifier le discours de chacun; néanmoins on peut imaginer que si chacun des membres du couple était d'accord pour aborder le thème un peu « sensible » de la sexualité lors d'un entretien, c'était dans le but d'être transparent au cours de celui-ci.

En effet, la participation des personnes interrogées, dans le cadre d'une recherche qualitative repose sur le volontariat; les participants de notre étude étaient donc réceptifs à notre démarche. Il s'agit d'un échantillon de disponibilité, ce qui constitue une limite théorique au regard du critère de crédibilité des données.

La question de recherche et la méthode choisie imposaient aux interviewés de se remémorer une expérience vécue, certaines dates et certains événements qui se sont déroulés les neuf mois précédents. Les données recueillies étaient potentiellement sujettes à un biais de mémorisation.

Les limites sont celles de toute analyse qualitative d'un verbatim : quantité de support-papier à lire et relire, découpage en unité de sens, construction des catégories. « Le codage est un processus de transformation ; il s'agit de transformer les données pour arriver à un modèle, une construction théorique » (14).

Malgré les efforts d'objectivité employés, il se peut que certains verbatim aient été interprétés différemment de leur signification intrinsèque et que leur sens profond ait été modifié inconsciemment. C'est pourquoi nous avons recouru à la triangulation des données ce qui a permis d'affiner l'analyse.

L'objectif de notre étude était de comprendre comment le couple vivait le phénomène « sexualité du post-partum », de faire émerger la place et le ressenti de chacun des membres du couple, et de répertorier les éléments intervenants dans ce phénomène.

IV-1.2 Entretiens des participants

L'enregistrement audio ne permettait pas de recueillir les aspects non verbaux de la communication. Malgré l'ajout de notes personnelles, il y a probablement eu une perte d'informations. Elle aurait pu être limitée par l'ajout d'un enregistrement vidéo. Le choix a été de ne pas filmer les entretiens pour ne pas occasionner de gêne supplémentaire aux différents couples.

Les entretiens visaient à produire une description détaillée du vécu, à cibler le vécu du couple, en fournissant une aide à l'introspection. Le but était d'explorer le vécu d'une entité, le couple, lui permettant de témoigner selon son point de vue et non selon un point de vue collectif ou impersonnel (15). La difficulté de l'entretien semi-directif réside dans le choix des techniques de relance, de reformulations et de clarifications. Or c'était la première fois que je réalisais un travail de recherche de type qualitative et malgré un effort pour essayer de rester la plus neutre possible, des réactions, des signaux de communication non verbale, certaines relances ont certainement laissé apparaître des éléments d'ordre interprétatif. Même avec un entraînement avant l'étude, ce biais d'investigation demeure difficilement maîtrisable.

La rédaction d'une thèse sur la sexualité du post-partum a pu laisser entendre que le sujet nous tenait à cœur. Ainsi, les représentations que le couple avait sur la personne menant l'entretien ont pu influencer leurs propos, les nuancer ou les adapter à nos attentes, introduisant un biais d'interrogatoire.

Face aux difficultés d'expression, à la timidité de certains participants, nous avons été contraints parfois d'orienter un peu les demandes, de poser des questions fermées pour obtenir des réponses plus riches. Cette obligation a pu créer un biais dans le recueil des données.

Les entretiens de couples nécessitent un temps d'échange plus long, mais permettent d'aborder un sujet plus délicat. Les entretiens de groupes auraient eu l'avantage d'être plus interactifs et de susciter une dynamique collective intéressante. Nous avons choisi la stratégie des entretiens de couples pour laisser les participants s'exprimer librement sur un sujet intime sans prendre le risque que le groupe en inhibe certains. Ils ont ainsi pu se confier sans être influencés ou sans modifier leurs réponses par crainte de jugements d'autres participants.

Nous aurions pu également interroger les membres du couple séparément. Cependant nous étions attachés à l'exploration du vécu du phénomène en tant que couple, il nous paraissait donc important que chacun puisse s'exprimer sur les réponses de son conjoint, que l'entretien soit interactif et que les personnes puissent évoquer leurs éventuelles différences de ressenti. Nous sommes ainsi conscients de l'impact de la présence de l'autre membre du couple, certaines réponses ont pu être éventuellement modérées pour ne pas le blesser.

Enfin, une autre de nos craintes était que certaines mères monopolisent la parole et que le conjoint soit inhibé, c'est pourquoi nous avons veillé à relancer le père quand cette situation s'est produite.

Des entretiens directifs n'auraient pas permis d'explorer de manière approfondie l'opinion des participants et à l'inverse, des entretiens libres auraient fourni des informations difficilement comparables. Le mode semi-directif nous paraissait donc le

plus approprié: il permet des échanges libres, mais encadrés par un guide d'entretien pour éviter tout écart par rapport au sujet de recherche.

Le guide d'entretien avait été établi à partir des données actuelles de la littérature et il a évolué avec le temps. Nous avons identifié les thèmes les plus pertinents concernant l'exploration du vécu de la sexualité du post-partum. L'évolution du guide a pu se faire grâce à la retranscription intégrale et rapide à la suite de chaque entretien. Afin de favoriser un climat de confiance et finalement imposé par le contexte pandémique, nous avons réalisé les entretiens chacun à son domicile, par l'intermédiaire de visio-conférence. La date et l'horaire de l'entretien étaient également laissés au choix du couple, afin qu'il puisse nous consacrer un temps conséquent, nécessaire à un échange riche et exploitable.

IV-1.3 Echantillon des participants

Le nombre de participants a été limité par la saturation des données. La population à étudier a été largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. Le but était d'obtenir un échantillon le plus hétérogène possible. La population sélectionnée répondait à l'ensemble des critères recherchés.

Les participants appartenaient à des tranches d'âge différentes, des orientations sexuelles différentes et des catégories socio-professionnelles différentes afin de tenter de présenter un panel le plus varié possible de couples. De plus les couples étaient également différents selon le nombre d'enfants au sein de la famille, certains venaient d'avoir leur premier enfant, d'autres en avaient déjà auparavant, y compris en terme de famille recomposée. Nous avons ainsi essayé de sélectionner des couples et des familles les plus différents possibles.

Le choix des couples au sein de la maternité de Bagatelle associé au recrutement par bouche-à-oreille nous a semblé approprié afin de recruter le plus de couples possibles d'horizons différents avec des politiques de suivi différentes dans chaque maternité.

IV-1.4 Critères de scientificité

Ce travail a satisfait certains critères de scientificité en recherche qualitative: celui de réflexivité du chercheur qui a réajusté le questionnaire en prenant conscience de l'influence des réponses, celui de significativité et cohérence stipulant que les résultats donnés doivent faire sens en situation dans leur contexte.

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité (12). Pour cela, nous avons réalisé une triangulation des données grâce à la double analyse. Cette deuxième analyse a été réalisée par un infirmier qui a été formé à l'utilisation du logiciel NVivo, il était donc entraîné à sa pratique. Nous avons déterminé les thèmes émergents des entretiens, au fur et à mesure, en fonction des données codées, par l'intermédiaire du logiciel NVivo.

La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes (12). L'échantillon avait donc été élaboré avec un recrutement individuel des participants selon des critères précis pour avoir la plus grande richesse de données. La saturation des données après réalisation de quinze entretiens est à noter.

La grille COREQ, par le biais d'un guide de questions nous a permis d'analyser notre démarche, et de vérifier ainsi sa validité.

Numéro	Item	Guide questions/ description	Analyse
	Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
	Caractéristiques personnelles		
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?	L'auteur de la thèse a réalisé les entretiens de couples, Charlotte CIRCHANSKI.
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Le chercheur était étudiante en médecine.
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Le chercheur réalisait des remplacements de médecine générale.
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Le chercheur était une femme.
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	C'est la première fois que le chercheur réalisait un travail de ce genre.
	Relations avec les participants		
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Le chercheur n'avait pas de relation avec les participants de l'étude.
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Les participants étaient informés que le chercheur réalisait une thèse de médecine générale, et étaient informés du but de cette recherche.

8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/ animateur ?	Les participants savaient que leur participation avait pour but de réaliser une enquête à des fins médicales.
	Domaine 2: Conception de l'étude		
	Cadre théorique		
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse qualitative par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés.
	Sélection des participants		
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Par effet boule de neige et par échantillonnage raisonné.
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	En face à face et par téléphone.
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	15
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	21, refus des conjoints, couples injoignables, nourrisson décédé, ne correspondant pas aux critères d'inclusion.
	Contexte		
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au domicile des couples.
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf tableau 2.
	Recueil des données		

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Les auteurs ont réalisé les guides d'entretiens qui ont été mis à jour au fur et à mesure des entretiens.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Un seul entretien par couple.
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement par Dictaphone.
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?	Pas de note.
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?	Cf tableau 3.
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui. Il a été atteint au bout de 15 couples.
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non.
Domaine 3: Analyses et résultats			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données.
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	N vivo.

28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Pas de retour aux participants. (Non concerné).
	Rédaction		
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/ résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, chaque citation est identifiable par les lettres M pour mère, P pour père et N pour nourrisson.
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui.
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui.

IV-1.5 Originalité du sujet

La plupart des travaux effectués sur la sexualité du post-partum tient compte des facteurs pouvant l'influencer, mais pris à part, comme l'effet du mode de délivrance. Une revue de la littérature de 1990 à 2003 a tenté de mettre en évidence des liens entre mode d'accouchements et troubles de la sexualité du post-partum (16). Tandis qu'une autre revue de la littérature a pointé un lien possible entre mode de délivrance, allaitement et sexualité (17).

Certaines études se sont attachées au vécu de l'accouchement pouvant jouer un rôle sur la sexualité du post-partum (18) ainsi qu'aux éventuels traumatismes du périnée lors de l'accouchement (19). D'autres se sont focalisées sur un lien possible entre allaitement et sexualité du post-partum (20).

Certains travaux ont tenté de dresser une liste des facteurs prédictifs à la reprise de la sexualité, à nouveau par l'intermédiaire d'une revue de la littérature (21).

Un mémoire réalisé par une sage-femme portait sur la sexualité et la parentalité mais a été réalisé par l'intermédiaire de questionnaires et non par des entretiens (22).

Enfin, peu d'études se sont attachées au ressenti des pères. Il a été réalisé à Stockholm une étude qualitative avec entretiens de plusieurs pères à 6 mois de l'accouchement de leur conjointe (23), une étude réalisée à Singapour s'est attachée à essayer de mettre en évidence les ressentis et besoins des pères au cours des 6 mois du post-partum (24). Une sage-femme a produit un mémoire sur un lien éventuel entre la présence des pères à l'accouchement et l'impact sur leur sexualité future (25). Une cohorte réalisée en Jamaïque souhaitait mettre en évidence l'impact de la paternité sur la sexualité (26), ainsi qu'une autre réalisée en Suède (27). Il est important de noter que seuls les pères ont été interrogés dans ces études là.

IV-2 Comparaison avec les données de la littérature

IV-2.1 Aborder la sexualité

Le thème de la sexualité est depuis longtemps un sujet difficile à aborder, voire oublié. Notamment pour les couples homosexuels femmes, de par l'absence de risque de grossesse spontanée, et par l'idée erronée de l'absence de risque de MST.

L'un des couples FSF que nous avons interrogé s'est même demandé si le sujet de la sexualité du post-partum n'avait justement pas été mis de côté à la maternité en raison de leur orientation sexuelle. Le problème actuel qui se pose est que la sexualité est très souvent abordée par l'intermédiaire de la contraception ou de la prévention des MST, le reste pouvant paraître tabou, d'autant plus lorsqu'il s'agit de couples homosexuels. Ainsi, les femmes homosexuelles ayant des interrogations sur leur sexualité ne trouveront que rarement des réponses auprès d'un professionnel de santé (28).

Néanmoins la sexualité fait partie des questions de santé. De même qu'une bonne santé ne consiste pas simplement en l'absence de maladie, une bonne sexualité ne consiste également pas simplement en l'absence de troubles sexuels, mais par un épanouissement et un bien-être tant personnel qu'au sein du couple. Parler de sexualité n'est pas intrusif et permet au contraire de rassurer les patients (29).

Une grande partie des couples interrogés aurait aimé que l'on parle de sexualité notamment dans cette période charnière de leur vie qu'est le post-partum. Certains préconisaient même d'aborder ce thème au cours de la grossesse, bien qu'une grande partie de leur attention soit tournée vers la naissance de leur enfant.

Une médecin généraliste a réalisé une thèse sur les attentes des femmes enceintes concernant leur sexualité (30). Il a été mis en évidence les difficultés physiques, gynécologiques et psychologiques qui apparaissent au cours de la grossesse et qui, nous le verrons par la suite, persisteront même après l'accouchement. Un certain nombre de femmes regrettaient l'absence d'informations et de prévention concernant leur sexualité.

Ce travail n'est pas le seul à pointer du doigt l'absence d'informations notamment au cours de la grossesse, une enquête en Côte d'Ivoire s'y est aussi attachée (31).

Les professionnels de santé devraient aborder ce thème mais aussi se former à l'aborder. Cela permettrait aux couples de mieux connaître leur corps et de pouvoir discuter librement (32).

On note cette absence de formation et d'aisance à parler de sexualité, y compris du point de vue des praticiens, notamment des sages-femmes grâce à une analyse qualitative avec focus-group, de 2006 à 2007, à Stockholm avec 32 entretiens de sages-femmes (33). Celles-ci distinguent quatre type de femmes pouvant se trouver en consultation: celles en bonne santé, celles qui ont eu des traumatismes obstétricaux ou des soucis médicaux au cours du post-partum, celles qui ont des troubles au sein de leur couple et celles qui ne parlent pas bien la langue.

Elles expriment avoir plus d'aisance à parler de la sexualité du post-partum si les patients abordent le sujet en premier, ne pas avoir forcément le temps ni les compétences nécessaires pour parler de ce sujet. Enfin elles notent qu'il est très rare que le partenaire vienne aux consultations post-natales si ce n'est pour la traduction lorsqu'il y a une barrière linguistique.

Au total, ce sujet n'est pas si souvent abordé, que ce soit du côté des patients ou des professionnels de santé, les uns par manque d'aisance, les autres par manque d'assurance et /ou de compétences.

IV-2.2 Différents facteurs pouvant influencer la sexualité du post-partum

Plusieurs facteurs ont été décrits dans la littérature comme pouvant impacter négativement la sexualité du post-partum, et cela depuis de nombreuses années.

Une revue de la littérature reprenant des articles de 1950 à 2008 insistait sur le type de délivrance (avec ou sans traumatisme/ utilisation d'instruments), les césariennes, l'allaitement et les troubles psychologiques tels que la dépression (34).

Une analyse rétrospective entre 1996 et 1997, aux USA, sur 626 primipares retrouvait plusieurs facteurs associés à la reprise de la sexualité et non pas uniquement les modes d'accouchement, bien qu'ils soient évidemment cités. L'âge de la mère, l'ethnie ainsi que l'allaitement rentraient en cause. Mais il est quand même noté un lien entre les extractions avec traumatismes/épisiotomie et douleurs lors de la reprise des rapports (35).

Nous allons donc essayer de découvrir l'importance de l'accouchement sur la sexualité du couple par la suite.

IV-2.2.1: L'accouchement

Certaines études ont démontré l'absence de lien entre le mode d'accouchement et la reprise des rapports sexuels, bien que d'autres études aient noté qu'un accouchement par voie basse, d'autant plus avec des traumatismes périnéaux, ainsi que des césariennes non programmées, en urgence, pouvaient impacter la sexualité du post-partum.

Pas seulement par la présence de douleurs, mais aussi sur les troubles de lubrification ou d'orgasme. C'est notamment ce qu'a retrouvé une étude prospective réalisée sur 912 femmes en Iran de 2006 à 2007 (36).

Une cohorte de 1507 nullipares en Australie, réalisée entre 2003 et 2005, a tout d'abord distingué reprise de sexualité et pénétration. C'est le cas pour certains de nos couples, qui rapportent avoir rapidement retrouvé une intimité en terme de caresses, câlins, la pénétration est, quant à elle, venue plus tard.

De plus, il y aurait une tendance à repousser la reprise des rapports sexuels après six semaines du post-partum chez les mères ayant eu des traumatismes du périnée (37).

Cette tendance à repousser les rapports sexuels n'est pas retrouvée dans une étude transversale, réalisée en 2013 en Italie sur un total de 26 participantes.

Le questionnaire FSFI leur a été proposé. Le score était en effet moindre, associé à moins d'orgasme et des troubles de la lubrification chez les femmes ayant eu un accouchement avec instruments par rapport aux césariées. Cependant, il n'a pas été retrouvé de différence entre les accouchements par voie basse spontanée et les césariennes (38).

Une autre cohorte réalisée en Australie, sur 1327 nullipares s'est intéressée à la persistance de dyspareunies ou non, jusqu'aux dix-huit mois du post-partum. Il est retrouvé un pourcentage plus important de dyspareunies chez les femmes ayant accouché avec instruments, traumatismes ou par césarienne que les simples accouchements par voie basse sans complication (39). Nous retrouvons en effet, des dyspareunies pour les deux femmes de notre échantillon ayant accouché par césarienne,

ici à neuf mois du post-partum. Néanmoins, seulement deux mères parmi les neuf ayant eu un traumatisme du périnée ont rapporté des douleurs par la suite, ce qui ne correspond pas vraiment aux résultats de cette étude. Mais face à un échantillon de quinze mères, on peut s'interroger sur la puissance de notre étude.

Une étude transversale également réalisée en Iran, plus récemment, de 2011 à 2012, sur un total de 213 femmes, comparant 90 accouchements par voie basse à 113 césariennes ne retrouvait pas de lien entre accouchement et troubles de la sexualité du post-partum (40).

De même, en Turquie, des questionnaires ont été remis à 107 hommes afin de recueillir leur perception de la sexualité en fonction du mode de délivrance de leur compagne, de 2005 à 2006. Il n'a pas été mis en évidence un quelconque impact du mode de délivrance sur leur perception de la sexualité (41).

Une autre étude, réalisée en France, de 2005 à 2010, cas-témoin unicentrique, s'est attachée à rechercher l'impact sur la qualité de vie et sur la sexualité des patientes ayant eu des déchirures périnéales du troisième et quatrième degrés. Peut-être par un manque de puissance, cette étude ne retrouve qu'une incontinence anale aux selles liquides, à distance de l'accouchement, sans autre impact sur la vie des patientes (42).

Concernant les femmes avec des traumatismes du périnée associés à des troubles sphinctériens et une incontinence anale, il est rapporté une absence de reprise des rapports à douze semaines du post-partum au sein d'une seconde analyse rétrospective faite aux USA de 2011 à 2014 (43).

Les mères de notre panel n'ont pas rapporté de traumatismes du périnée aussi importants que des déchirures au troisième ou quatrième degrés, ni d'incontinence à distance, ainsi il nous est difficile de conclure quant à cette association de traumatisme majeur du périnée et de troubles de la sexualité du post-partum.

On peut tout de même se demander s'il serait utile de proposer une césarienne en prévention des traumatismes du périnée. En effet cette idée qu'une césarienne serait « protectrice » de complications du post-partum, notamment sexuelles, est assez ancrée dans certaines populations. 1428 nullipares ont été interrogées au Canada, sur leur préférence d'accouchements et sur ce qu'elles pensaient de la sexualité du post-partum en fonction du mode de délivrance, ceci par l'intermédiaire de questionnaires préparés leur demandant si elles étaient en accord ou non avec les propositions (44). Il en ressortait une petite préférence pour la césarienne, mais cette préférence est très souvent influencée par le milieu socio-culturel, ainsi on ne peut généraliser à toute une population.

Une revue de la littérature basée sur les recommandations HAS de 2012 s'est penchée sur la question de la césarienne préventive (45). De base il y a plus de risque de mortalité et de complications materno-foetale avec la césarienne (infections, thrombose). Ainsi que ce soit en prévention primaire pour éviter l'apparition d'une incontinence ou d'un prolapsus; ou en prévention secondaire pour éviter une aggravation d'une incontinence ou d'un prolapsus déjà préexistant, il n'y a pas d'indication à réaliser une césarienne préventive face à la balance bénéfice-risque non favorable. La césarienne se discuterait au cas par cas en cas de maladie de Crohn active ou de lésions péri-anales présentes.

Une étude prospective réalisée à Istanbul de 2012 à 2014 sur initialement 368 femmes (et qui a exclu des traumatismes de troisième et quatrième degrés du périnée ainsi que les césariennes en urgence) n'a noté à 12 et 24 mois, aucune différence sur la qualité de la vie sexuelle entre les césarisées et les accouchées par voie basse avec épisiotomie. À un an de l'accouchement, la sexualité redeviendrait identique à celle du

pré-partum. Les problèmes pouvant apparaître seraient plus aux alentours des trois mois du post-partum avec moins de tonicité vaginale et des craintes quant aux possibles douleurs dues à l'épisiotomie (46). Ceci concorde avec les craintes assez souvent rapportées par les mères de notre échantillon, notamment crainte de la douleur lors de la reprise des rapports ou crainte que la cicatrisation ne soit pas totale et qu'une déchirure réapparaisse.

Une cohorte en Egypte de 2009 à 2011 (47), sur 200 primipares découvrait à 12 semaines du post-partum, une baisse du désir significative dans les groupes accouchement voie basse et césarienne, néanmoins concernant l'excitation et la lubrification, seuls les accouchements par voie basse semblaient être concernés.

Mais ces troubles de la sexualité ne persisteraient pas sur le long terme, en effet à un an du post-partum, les femmes ne retrouveraient pas de différence comparativement au pré-partum.

Une cohorte de 150 personnes entre 1993 et 1994 en Caroline du Nord, ne retrouvait pas de lien entre mode d'accouchement, date de reprise des rapports et présence d'orgasmes; en effet les mères avaient toutes perçu un orgasme aux alentours des six mois du post-partum. Par contre, un lien a été mis en évidence entre dyspareunies et allaitement. Cette étude peut présenter un biais de recrutement et de mémoire car les questionnaires portaient sur la semaine passée et l'échantillon n'était pas forcément représentatif de la population (par différence d'âge des mères et de poids des nouveaux-nés) (48). Néanmoins, cela concorde avec notre étude, où certaines femmes, quelque soit leur mode d'accouchement, rapportaient des dyspareunies et un manque de lubrification associés à l'allaitement.

Nous développerons l'impact potentiel de l'allaitement sur la sexualité dans la partie suivante.

IV-2.2.2: L'allaitement

Un article sur l'impact de l'allaitement sur la sexualité du couple retrouvait certaines distinctions notables entre sein nourricier et sein en tant qu'organe sexuel (49).

En effet, l'une des mères de notre panel insistait bien que son corps était initialement réservé à sa fille, et qu'elle n'arrivait pas à apprécier que son conjoint lui touche la poitrine. Cette notion que la femme allaitante apprécie moins que son conjoint lui touche les seins est retrouvée dans une étude longitudinale réalisée sur trente couples en Allemagne. Au contraire, les hommes seraient plus excités par la poitrine de leur femme que celle-ci (50).

Il est également noté un conflit entre la mère, le père et le nourrisson: ce triangle, où l'intimité voire le plaisir entre l'enfant et sa mère mettent le père à l'écart (49).

En effet, certains pères se contentent parfaitement du fait que ce soit la mère qui gère l'alimentation de leur enfant, notamment avec la reprise du travail. Alors qu'un des pères que nous avons interrogé insistait bien sur le fait, que pour lui, trouver sa place au sein du trio, d'autant plus avec son absence de participation sur l'allaitement, était assez difficile. Il se sentait exclu. Cette exclusion a été retrouvée dans la partie « inconvénients de l'allaitement maternel » d'une thèse réalisée en 2018 sur l'analyse du vécu de l'allaitement chez les couples. Il y est aussi rapporté cette distinction entre sein nourricier et sensuel chez l'une des mères interrogées (51).

Un autre article reprenant une étude prospective datant de 1990 sur des primipares aux USA, retrouve aussi plusieurs distinctions sur le sein: pour certaines il s'agit

seulement de nourrir les enfants, pour d'autres le sein est un organe sexuel, dans tous les cas il s'agirait qu'allaitement et sexualité se déroulent en privé. Il est aussi abordé l'aspect normal de l'éjection de lait au cours des rapports, notamment lors de l'orgasme (52). Ceci n'a pas forcément étonné les deux mères de notre étude, qui en ont parlé, elles ne trouvaient juste pas cela très « sexy » ni « agréable ».

Un mémoire réalisé par une sage-femme de Bordeaux, à l'aide d'une étude multicentrique rétrospective, retrouvait également cette dualité chez certaines femmes: le sein pour l'enfant, le sexe pour le père. Ici, les couples étaient revus entre six et dix semaines du post-partum. Au cours de cette période, l'allaitement aurait plus un impact sur la fréquence des rapports des femmes mais pas sur leur désir ni leur satisfaction sexuelle (53). Peut-être que les couples ont été revus trop tôt? En effet les femmes qui allaitent depuis longtemps auraient moins de désir et plus de troubles à type de dyspareunies. Ce qui est retrouvé chez l'une de nos mères interrogées, qui a allaité cinq mois et rapportait un manque de lubrification importante.

Cette notion de durée de l'allaitement est aussi retrouvée dans une cohorte réalisée en 2014 en Allemagne avec le score FSFI, qui a essayé de trouver une relation entre sexualité du post-partum, allaitement et qualité de la relation de couple. Il en ressort ainsi un meilleur score de qualité de vie sexuelle chez la femme non allaitante ayant une bonne relation conjugale, comparativement aux allaitantes, d'autant plus si la durée de l'allaitement est importante. Cependant il faut faire attention à l'utilisation du score FSFI qui est un reflet des quatre dernières semaines de la vie de la femme (54).

Néanmoins certaines femmes arrivent à ressentir du plaisir lors de l'allaitement, cela grâce à l'ocytocine: hormone permettant l'éjection du lait et les orgasmes. Cet aspect là n'a pas été mis en évidence au sein de notre échantillon, c'est un sujet qui peut paraître assez tabou, de plus notre sujet portait sur la sexualité du couple, et pas sur un éventuel plaisir retrouvé sans le conjoint...

L'ocytocine est libérée au cours du post-partum notamment pour permettre l'allaitement. Dans une étude comparant 27 nullipares et 24 femmes au cours du post-partum, la sécrétion d'ocytocine serait associée à plus d'intérêt et d'excitation pour le nourrisson que pour toute autre chose chez les mères lors du post-partum, y compris donc pour le conjoint. Mais, lors de la dispensation de spray d'ocytocine chez les nullipares, celles-ci présentaient autant d'intérêt pour des enfants que pour le sexe. On ne peut donc pas établir un lien univoque entre sécrétion d'ocytocine et impact sur la sexualité du post-partum (55). Il y aurait probablement d'autres interactions possibles avec d'autres hormones comme la dopamine, ayant des liens encore difficiles à établir (56).

Ainsi on peut donc s'interroger sur l'aspect hormonal associé à l'allaitement qui impacterait la sexualité du couple, mais pas seulement...

IV-2.2.3: Psychologie et émotions du couple

La sexualité regroupe différentes sphères à savoir le côté social, affectif, relationnel et physiologique entre autres. Catherine Potard, psychologue, nous explique que « la sexualité n'est pas réductible à une somme de comportements et de savoirs, la relation à l'autre joue un rôle décisif dans la détermination des pratiques sexuelles » (57).

Ainsi, la psychologie du couple peut jouer un rôle majeur au cours du post-partum et donc le vécu, très subjectif, de chacun, impacte également la sexualité.

Une cohorte ayant étudié des jumelles afin de parer le « biais biologique », retrouve comme cité précédemment dans certaines études, une absence de liens entre troubles de la sexualité du post-partum et modes d'accouchements, et met plutôt en évidence l'importance du vécu de l'accouchement, ainsi que la qualité de la relation conjugale (58). Nous avons mis en évidence cet aspect là au sein de notre panel, un certain nombre de femmes ayant eu des traumatismes du périnée ne garde pas un mauvais souvenir de leur accouchement et ne perçoit pas non plus leur sexualité comme mauvaise.

Le contexte personnel et le vécu du couple, chacun des membres ayant son histoire et ses facteurs inhibants, peut « bloquer » la sexualité conjugale (59). C'est le cas notamment d'une des mères de notre panel, qui a fait une dépression du post-partum et qui a très mal vécu son accouchement. Elle décrit donc sa sexualité comme « très compliquée ».

Le ressenti de chacun des partenaires ainsi que leurs désirs seraient donc très importants, associés à la fatigue; ceci est rapporté sur une étude rétrospective sur 304 femmes (60).

Une étude transversale réalisée fin 2014/début 2015, aux USA, en dispensant des questionnaires à 239 couples, chacun des membres du couple y répondant de son côté, s'est aussi intéressée à l'impact que pouvait avoir la relation conjugale sur la sexualité du post-partum (61). Un trouble important de la sexualité chez le père impacterait la relation conjugale des deux côtés du couple, alors qu'un trouble important chez la mère impacterait seulement la relation conjugale du côté du père. Mais plus il y aurait de troubles divers de la sexualité, plus cela impacterait la mère et son couple, pas vraiment le père. Ceci démontre à nouveau que la sexualité et la perception de la qualité d'une relation conjugale sont assez liées, bien que différemment du point de vue de l'homme et de la femme.

Une étude prospective réalisée en Australie, avec l'aide de questionnaires remis aux mères seulement, à 12 semaines et 6 mois du post-partum, le met également en évidence. Ces questionnaires concernaient la reprise des rapports, les éventuelles douleurs et vérifiaient la présence ou non de l'allaitement. Il est à nouveau retrouvé un lien entre l'estime que les femmes ont d'elles-mêmes, leur bien-être et celui au sein du couple ainsi que la présence ou non de fatigue et d'allaitement, pouvant impacter la sexualité du couple. La limite de cette étude pourrait être de n'avoir interrogé que les mères sans les pères (62).

À Toronto, des questionnaires ont été distribués et complétés par 77 femmes, avec notamment l'aide des échelles FSFI et EPDS, à un an du post-partum. Il a été évalué leur ressenti sexuel physique et psychologique. Il n'a pas été finalement trouvé de lien entre des troubles psychologiques et la reprise du sexe en tant que tel mais plutôt sur le ressenti de la sexualité, à savoir moins de plaisir ou d'orgasme (63). Ce qui est le cas pour l'un de nos couples, qui a repris les rapports assez rapidement, au bout d'un mois mais pour qui la sexualité reste « très limitée » en raison de la dépression la mère.

Cette corrélation entre dépression et troubles sexuels est aussi mise en évidence dans une cohorte en Allemagne datant de 2014, sur 315 femmes (64). Moins les femmes se trouvaient satisfaites sexuellement, plus les symptômes de dépression étaient importants.

Finalement on peut se poser la question si les troubles psychologiques étaient déjà présents auparavant et ont été exacerbés au cours du post-partum, ou si seulement la période du post-partum a déclenché cette cascade psychologique ?

Enfin, qu'en est-il de la transition à la parentalité ?

IV-2.2.4: La parentalité

Une étude qualitative en Australie, en 2015, ayant réalisé dix entretiens semi-dirigés avec des couples hétérosexuels avant, pendant et après la grossesse a retrouvé des changements intra et inter individuels au sein des membres du couple (65). Les parents qui s'attendaient au pire arrivaient à gérer la transition et ceux qui ne savaient pas trop à quoi s'attendre, relevaient un challenge. En effet, au sein du couple, ceux qui étaient une équipe, voyant déjà en l'autre un parent, ont exacerbé leur amour et leur complicité à trois. Certains de nos couples trouvent que leur enfant les a redynamisé, que le nourrisson est un nouveau membre de l'équipe. L'arrivée de l'enfant n'a pas changé quoi que ce soit pour un autre couple. Pour quelques-uns, il a fallu se réorganiser en fonction du nouveau-né. Finalement, même le couple incluant l'un des membres dépressifs, tient bon et « assume » leur enfant qui a chamboulé leur vie.

Mais, ceux qui étaient déjà stressés, avec la fatigue ont plus tendance à se diviser et à mal le supporter, à se fâcher, à se séparer. Ce groupe de couples est très sous-estimé au sein de notre panel, voire pas du tout représenté, on peut penser que ces couples font partie des nombreux refus auxquels nous avons eu à faire face et que ceux qui ont accepté nos entretiens sont ceux pour qui finalement tout n'allait pas si mal...

Enfin, certains couples pour qui le dernier arrivé n'était pas le premier enfant, savaient en quoi consistait le travail de parents et étaient tout à fait conscients « que les trois premières années sont difficiles ». Les parents de notre panel ayant au total cinq enfants, restent « zen » car habitués aux enfants, mais sont parfaitement conscients de l'organisation qui en découle...

L'impact de la parité est représenté dans une étude prospective réalisée aux USA, de 2008 à 2011 par l'intermédiaire du questionnaire SHOW-Q (Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire) proposé tout d'abord à 8/10 semaines du post-partum puis à 6/8 mois aux mères. 129 femmes ont répondu aux deux questionnaires (66). Les multipares reprendraient leur activité sexuelle plus rapidement que les primipares mais comme constaté au sein de notre panel, pas plus fréquemment pour autant. Ceci ne correspond pas totalement à nos données, quelques couples ont eu leur deuxième enfant et n'ont repris les rapports qu'au bout de plusieurs mois. Alors que certains d'entre eux ont repris les rapports au bout de quelques semaines bien qu'étant parents de leur premier enfant.

Mais, il est aussi indiqué que les femmes plus âgées reprendraient moins rapidement les rapports que les plus jeunes. Finalement l'un de nos couples les plus âgés a repris rapidement ses rapports, bien que multipare; alors qu'un autre du même âge a retrouvé des rapports au bout de quelques mois. Contrairement à d'autres couples de notre panel, trentenaires et primipares.

Ainsi, la parité et l'âge du couple sembleraient impacter la reprise de la sexualité du couple, mais face à la faible puissance de notre échantillon nous ne pouvons conclure sur leurs seuls rôles.

Une étude descriptive et qualitative suédoise a réalisé des interviews auprès de cinq couples, à six et dix-huit mois du post-partum, chaque membre du couple à part (67). Il était demandé de raconter spontanément le vécu de la parentalité, de l'intimité et de la sexualité. Il en ressort au total que la communication est très importante. Aspect rapporté par l'ensemble de nos couples. En effet, s'il n'y a pas de communication sur les peurs, les besoins, les doutes, les appréhensions de chacun ou la fatigue cela peut amener à des incompréhensions des deux cotés du couple et à une scission.

Pour certains le nouveau-né est au centre de leur vie mais à trois, pour d'autres le nourrisson est au centre du couple mais au dépend du père. Ce dernier aspect est bien pointé par l'un des pères qui insiste sur le lien majeur entre sa compagne et sa fille. Un autre père s'était interrogé si son épouse ne se concentrait pas plus sur sa fille à ses dépends, notamment concernant son intimité.

Il est aussi évoqué par nos interviewés qu'il n'y a pas forcément besoin de rapports sexuels pour retrouver une intimité au sein du couple et que les câlins se font à trois finalement.

Une étude phénoménologique en Islande réalisée en 2011 auprès de huit femmes, a enregistré un entretien à six mois et un à douze mois du post-partum chez chacune d'elles, afin de découvrir la perception de leur sexualité (68). Finalement il n'a pas été retrouvé de lien entre les modes d'accouchements et la sexualité de ces femmes, mais il a été rapporté une reprise des rapports pour faire plaisir au conjoint et parce qu'il fallait bien reprendre à un moment donné... Certaines percevaient leur apparence et leur psychique comme dégradés, et regrettaient le manque d'information sur la sexualité du post-partum. On ne peut là non plus, pas généraliser, en se basant sur huit femmes, de plus sans le ressenti du conjoint, mais ces perceptions concordent avec beaucoup de points que nous avons déjà mis en évidence, et que certaines des mères de notre panel nous ont rapporté.

La parentalité peut-elle être vécue différemment quand on est l'autre mère?

Des entretiens par analyse thématique à l'aide de dix interview analysées de 2011 à 2012 aux USA durant la première année du post-partum ont recueilli le point de vue des femmes qui n'ont pas porté l'enfant au sein des couples homosexuels femmes (69).

Il y est rapporté que certaines se sentent vulnérables et ont peur de ne pas être traitées comme un parent par les professionnels de santé. Alors que d'autres rapportent se sentir égales malgré tout, suivant les praticiens.

Elles peuvent se sentir mises à l'écart de l'allaitement, un peu comme les pères finalement et certaines évoquent le besoin de plus de temps pour créer un lien que si elles étaient les mères biologiques. Ceci n'est pas rapporté par nos deux mères non accouchées.

Néanmoins l'aspect du processus d'adoption difficile est énoncé par l'une des mères, en énumérant des procédures longues, chères, pour un enfant déjà aimé.

Enfin, les deux mères non accouchées, insistent sur le fait de bien comprendre leur conjointe, en tant que femme ayant déjà vécu un accouchement ou non, tout est limpide, avec une vie qui s'est réorganisée en fonction de leur enfant.

IV-2.2.5 Autres facteurs.

L'un des couples interviewés ne souhaitait pas avoir immédiatement un nouvel enfant, mais la mère refusant toute contraception hormonale, le couple a donc repris l'utilisation du préservatif qui semble moins naturelle et peut donc impacter leur sexualité. Ici c'est tout de même plus le nouveau contraceptif qui est perçu comme impactant ce couple, plus que la peur d'une grossesse. Mais cette peur est parfois citée comme freinant la reprise des rapports sexuels. C'est ce qui a été retrouvé dans une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés réalisée au Brésil en 2011 auprès de quinze femmes (70). La peur de retomber enceinte (y compris chez les femmes ayant repris une activité sexuelle) était la première rapportée, devant celle des éventuelles douleurs.

Dans d'autres pays, comme au Nigeria, la contraception est aussi une question qui se pose malgré tout, ou plutôt l'absence de contraception. En effet dans une étude de cohorte de 181 femmes en 2013 (71), il a été retrouvé qu'un tiers des femmes ayant repris les rapports sexuels n'avait pas de contraception, car elles pensaient être protégées d'une seconde grossesse tant qu'elles n'avaient pas leurs règles ou par peur qu'une contraception affecte leur conjoint, elles n'avaient donc pas peur d'une deuxième grossesse. Mais deux grossesses trop rapprochées entraîneraient des risques pour la mère et le nouveau-né (prématurité, retard de croissance notamment dus à l'état carenciel de la mère...). Au delà de la simple sexualité il en va de la santé de la mère et de l'enfant à naître, que d'expliquer aux couples l'importance d'une contraception pour reprendre des rapports sexuels dans de bonnes conditions, pas trop tôt et sans risque surajouté.

Cet aspect de reprise trop précoce des rapports sexuels est aussi retrouvé au sein d'un autre pays d'Afrique, l'Uganda, dans une étude transversale réalisée à l'aide de questionnaires distribués à 374 femmes afin d'essayer de retrouver les facteurs liés à la reprise trop rapide des rapports sexuels et pouvant entraîner notamment des lésions des épisiotomies, des saignements donc un risque augmenté de transmission de VIH ou une grossesse non désirée trop tôt (72). Les rapports seraient repris rapidement en fonction de la parité, du niveau d'éducation des pères, également par peur du divorce ou de tromperies.

Il est retrouvé ici que la majorité des couples n'avait pas eu d'informations concernant le post-partum, ou ne s'en souvenait pas...

Enfin, une étude prospective aux USA regroupant 261 parents en 2002 a retrouvé que la santé du couple dépend certes du bien-être du couple comme cité précédemment, mais soulignait aussi l'impact que pouvait avoir le travail de l'un ou l'autre sur le couple (73). Il est relevé que lorsque le partenaire par exemple est centré sur son travail, il peut en être très stressé, épuisé, avoir le poids de la finance sur les épaules, et ceci entre en compte dans le bien-être individuel et du couple. Ce qui est effectivement retrouvé chez certains parents au sein de notre étude.

IV-2.3 Perception de la sexualité et besoin des couples.

En ce qui concerne le vécu du conjoint, des questionnaires relevant de la perception de leur sexualité, de l'accouchement, de l'image de soi ont été proposés à 114 co-partenaires aux USA, dans le cadre d'une étude rétrospective reprenant les expériences des co-partenaires des trois mois du post-partum (74). On découvre ici ce qui peut influencer « positivement » la sexualité du couple, du point de vue du co-partenaire. Le fait de se sentir désiré, que l'autre s'intéresse à soi, le degré d'intimité avec la mère influence énormément la sexualité du couple. Ce qui est mis en évidence dans notre panel, certains de nos couples se disent en symbiose et très heureux.

Mais, il est retrouvé également ici les aspects délétères à la sexualité comme le manque de temps, la fatigue, le stress ou les douleurs de la mère. Ceci est nettement rapporté par un certains nombre de parents au sein de notre étude.

Une étude de cohorte prospective, réalisée en Australie en 2009 sur plus de mille nullipares a permis de réaliser une sous-étude qualitative du ressenti sexuel après la naissance du premier enfant sur dix-huit femmes par le biais d'entretiens en face à face (75). Ces femmes racontent que « tout redevient normal après six semaines ». Elles retrouvent du plaisir corporel aux alentours des trois mois du post-partum.

Concernant les dates de reprise des rapports sexuels, un tiers de nos couples s'est retrouvé au bout de quelques semaines, un autre tiers en effet au bout de trois mois, enfin le dernier tiers plus tard, entre six et neuf mois.

Quelque soit les dates de reprise des rapports, chacun des couples a repris quand il se sentait prêt, naturellement. Certaines femmes avaient des appréhensions mais les choses se sont remises en place petit à petit.

Dans cette étude australienne, les femmes racontent qu'elles aimeraient parler de leurs problèmes de sexualité, être écoutées, aborder le sujet de la sexualité pendant la grossesse et en post-partum est très important. Elles peuvent se sentir très seules face à un mari qui peut se vexer aussi. En effet, certaines de nos mères se sont senties incomprises et quelques-unes ont dû se renseigner auprès d'amis pour se sentir rassurées.

Toujours en Australie, une cohorte de grande ampleur sur 1507 primipares entre 2003 et 2005, a proposé des questionnaires aux femmes à 3, 6, 12 et 18 mois du post-partum. Ces questionnaires reprenaient leurs difficultés sexuelles, leurs expériences et leur satisfaction sexuelle (76). Il est à nouveau retrouvé l'importance de la bonne entente du couple, à savoir ici que plus la femme a du temps pour elle et plus son conjoint l'aide, plus elle se sent épanouie notamment sur le plan sexuel. Ici la perception de la sexualité dépend avant tout de la qualité de la relation conjugale. Le biais de cet étude pourrait être que l'on ne savait pas depuis quand les couples étaient ensemble ni l'entente sexuelle préalable afin de réaliser une comparaison avant/après la naissance de leur enfant...

Pour rester en Australie, une analyse transversale avec des questionnaires en 2012 a retenu 325 femmes (77). Elles y rapportaient leurs dysfonctions sexuelles du post-partum. Celles-ci semblaient liées à la primiparité, à l'allaitement mais aussi à la fréquence des rapports sexuels; il y aurait également plus de troubles si les femmes n'initiaient pas les rapports, ou reprenaient une sexualité tardive au delà des neuf mois.

Un focus groupe réalisé en Suède entre 2001 et 2003, sur 27 participantes, recherchait à mettre en évidence les principales pensées des femmes concernant leur

sexualité du post-partum (78). Il en ressort quatre grandes idées: leur image corporelle est modifiée et ceci change leur attitude sexuelle, comme énoncé par deux interviewées. Elles rapportent une discordance entre leurs besoins à elles et ceux du conjoint, au sein de notre panel il est vrai que certaines femmes se focalisent plus sur le nouveau-né que leur conjoint et certaines ont un manque de désir. Le stress et la fatigue, la présence de leur enfant peut les déranger. Les mères ont besoin de réassurance concernant la « normalité » de ce qui leur arrive, ceci nous permet d'envisager de nouvelles perspectives pour l'avenir que nous développerons dans la partie suivante.

L'importance de l'image corporelle après la grossesse est aussi citée dans une étude longitudinale aux USA, réalisée en 2008 sur 85 couples hétérosexuels aux neuf mois du post-partum (79). Il est noté que chaque personne du couple a moins d'estime pour son corps que pour celui de son partenaire. Ce que nous avons retrouvé avec deux femmes de notre panel, qui ne se supportaient pas et encore moins l'idée que leur conjoint les voit ainsi. Il en découlerait donc une intimité reliée à ce que chacun pense de son corps et surtout au regard supposé de l'autre sur son corps, de l'éventuel rejet et ainsi une satisfaction sexuelle ressentie ou pas. Le biais de cette étude est l'absence de comparaison du ressenti des corps avant et après grossesse.

Une sage femme a réalisé son mémoire sur la sexualité de la femme primipare en post-partum, elle a proposé des questionnaires via le net et a pu toucher 162 femmes au troisième mois après l'accouchement (80). Certes elle retrouve une baisse de la fréquence des rapports sexuels au cours du post-partum, tout en tenant compte du fait qu'il ne faut pas oublier l'évolution naturelle du couple avec ou sans grossesse, au fil du temps, un couple peut spontanément avoir moins de rapport sexuel. Il est vrai que la moitié de son panel rapporte un impact de la grossesse, de la présence du nourrisson ou de la fatigue par exemple, sur la sexualité du couple, mais l'autre moitié voit son désir identique au pré-partum voire même augmenté, elle ressent sa féminité comme accrue et devient fusionnelle dans son couple. Ceci est mis en évidence dans notre étude, avec des parents ayant rapporté une réelle connexion avec le partenaire, un renforcement du couple, ou plus simplement une évolution normale de la sexualité conjugale.

Une autre sage-femme a quant à elle réalisé son mémoire sur l'impact de la naissance d'un premier enfant sur la sexualité féminine (81). Elle a eu recours à des questionnaires sur 75 primipares, distribués au cours du deuxième mois du post-partum et a réalisé une étude prospective multicentrique. En moyenne, il a été retrouvé sur son panel, une satisfaction sexuelle globale à 8,08/10 avant la grossesse, une perte de deux points au cours de la grossesse, qui se maintient en post-partum. La satisfaction sexuelle serait ici liée à la présence de l'enfant dans la chambre, l'image que la femme a de son corps, et à l'harmonie du couple; pas vraiment en lien avec l'état du périnée ou l'allaitement. Enfin la reprise des rapports sexuels aurait une influence positive sur le couple, et son absence une influence négative. En effet, une interviewée nous a rapporté être bloquée par la présence de son fils dans la chambre, mais qu'une fois celui-ci dans sa chambre, elle vivait tout de même très mal le peu de sexualité et de temps partagé en raison des enfants. L'un des pères énonce même un peu de frustration face à la rareté des rapports sexuels avec sa conjointe.

59 femmes ont été suivies en Turquie avec les questionnaires FSFI de 8 semaines de gestation jusqu'à six mois du post-partum (82). Le but étant de comparer la perception de la sexualité des femmes avant, pendant et après la grossesse. Il en ressortait de façon générale une persistance des troubles sexuels au cours du post-partum s'ils étaient déjà présents avant, à contrario, s'il n'y avait pas de dysfonction sexuelle au sein du couple avant la grossesse, il n'y en avait pas de nouvelle apparaissant au cours du post-partum.

IV-3 Perspective pour l'avenir

Une revue de la littérature a énuméré les connaissances que nous avons sur la santé sexuelle du post-partum mais aussi les lacunes... Nous savons qu'il existe plusieurs facteurs impactant la sexualité du post-partum, mais nous savons également que nous ne réalisons pas assez de prévention. Nous manquons aussi de moyen pour évaluer la sexualité du post-partum comme par exemple par le biais d'outils validés. Enfin, les couples lesbiens sont souvent oubliés des études et des recherches cliniques (83).

Il y avait déjà des interrogations des années auparavant, que nous retrouvons dans une analyse transversale, quantitative, à Londres réalisée en 1998 (84). Des questionnaires ont été envoyés aux femmes présélectionnées, à six mois du post-partum, 484 y ont répondu. Il était retrouvé une sexualité avec des problèmes, majoritairement aux trois mois du post-partum, par la suite en chute à six mois, mais ne revenant pas comme en pré-partum. De plus, une absence d'information sur la sexualité était mise en évidence avec uniquement l'abord de la contraception si un sujet était abordé.

Cette différence temporelle concernant la sexualité du couple est mise en évidence dans une étude plus récente, une cohorte prospective en Allemagne entre 2013 et 2014 (85). Il a été utilisé des questionnaires validés mais sur un faible échantillon (109 femmes) et sans tenir compte du conjoint. Cependant on découvre à nouveau des similitudes entre troisième trimestre et six semaines du post-partum concernant les difficultés sexuelles comme les dyspareunies ou l'excitation notamment, puis une amélioration aux alentours des six mois du post-partum.

Ces problèmes liés à la sexualité du post-partum sont aussi abordés dans une étude descriptive en Turquie sur 230 femmes fin 2007/début 2008. La plupart des femmes aurait des problèmes dans la sexualité du post-partum, et il est noté qu'il serait utile que les professionnels de santé les accompagnent en pré et post-partum (86).

La parentalité est une vraie transition dans la vie d'un couple, elle s'étend de la prise de décision d'avoir un enfant et se termine aux deux ans de l'enfant. Cette période impose au couple un vrai changement et la recherche d'un équilibre tant personnel qu'à deux. La sexualité au cours du post-partum peut être impactée par des problèmes tant chez le père que chez la mère comme nous l'avons vu précédemment (87).

Les femmes ayant des difficultés sexuelles avant ou pendant la grossesse les retrouvent assez souvent après leur accouchement (88).

Sachant toutes ces difficultés, et la chronologie à laquelle elles apparaissent, que pourrions-nous apporter en terme d'accompagnement spécifique au cours du post-partum?

Il est proposé dans un article, au sein de la table 2, deux façons possibles d'aborder la sexualité avec les patients (90). De façon à dédramatiser l'abord de ce sujet par les professionnels de santé et que ceux-ci se sentent plus à l'aise pour parler de ce thème un peu « tabou » avec leurs patients. En résumé il est proposé aux patients de parler de sexualité, de les rassurer, leur faire savoir que nous sommes là en cas de questions, et que nous pouvons y répondre ou les adresser vers un autre professionnel.

Table 2

Models for Discussing Sexuality with Patients

PLISSIT Model	P = Permission: Let know feelings are normal LI = Limited Information: Share lactation information SS = Specific Suggestions: Promote open communication IT = Intensive Therapy: Provide referral if needed
BETTER Model	B = Bring up the topic E = Explain you are concerned with all areas of postpartum functioning – including sexuality. Although you may not be able to answer all questions, you want to convey that patients can talk about any concerns they have T = Tell patients you will find appropriate resources to address their concerns T = Timing might not seem appropriate now but acknowledge that they can ask questions or inquire about additional information at any time E = Education patients about the physical effects of breastfeeding on sexuality as well as potential relationship challenges associated with lactation R = Record your assessment and interventions in patients' medical record

PLISSIT Model taken from Alteneder and Hartzell (1997) and used with permission from Blackwell Publishing.

BETTER Model adapted from Mick, Hughes, and Cohen (2004) and used with permission from the Oncology Nursing Society.

Mais si la sexualité n'est pas abordée en tête à tête avec un patient, que pourrions-nous proposer comme autre accompagnement?

Un prélude à l'accompagnement des couples au cours du post-partum a vu le jour au Canada: le Women's Postpartum Sexual Health Program, créé à Vancouver, qui réunit des petits groupes de femmes, sans les enfants pour insister sur le rôle de femme et pas que de mère. Plusieurs séances sont proposées aux femmes et aux couples, par des professionnels de santé, pour apporter une écoute et des explications durant le post-partum; et afin de comprendre ce qu'il se passe au sein du couple, du corps et ce qui peut impacter sur la sexualité. Cela permet aux couples de se retrouver dans un espace serein d'entente et de partages avec des professionnels et avec d'autres couples (89). Le problème de ce type d'intervention est qu'il peut se poser le frein du groupe et la peur du regard des autres, en effet certains de nos couples auraient apprécié de prendre part à des groupes d'échanges, d'autres ont eu du mal à demander des informations ne serait-ce qu'en tête à tête avec un professionnel de santé. Il faut cibler la population à qui proposer ces groupes d'échanges, mais ne pas délaisser pour autant ceux qui n'arriveraient pas à y participer.

La mise en évidence de l'importance de la communication avec les couples n'est pas récente, l'université of British Columbia au Canada avait déjà réalisé une étude prospective sur une centaine de femmes, en 1985. Il y était conseillé de parler aux couples, de les prévenir des changements, d'utiliser un lubrifiant, de communiquer (91).

Une revue de la littérature insistait également sur le bienfait de proposer un accompagnement aux couples et de cibler les couples les plus fragiles concernant leur nouvelle parentalité (92). Ceci afin de diminuer l'apparition des effets psychologiques négatifs au sein du couple au cours du post-partum.

Enfin, si les couples ne peuvent pas ou ne veulent pas participer aux réunions en groupe, il reste une bonne option à envisager: l'accompagnement à domicile. Même s'il apparaîtrait que ceux-ci soient les plus chers, ils seraient aussi les plus efficaces (93).

Nous avons vu comment proposer un suivi aux couples, désormais, attachons-nous au fond du sujet, que dire aux couples? Quel aspect de leur vie aborder avec eux?

Une autre revue de la littérature, qui une fois ayant passé au crible fin les problèmes connus du post-partum propose un tableau de prévention, détection et soins à proposer au couple et au nourrisson lors des différentes étapes de la grossesse et du post-partum (93). C'est ce que nous résume le tableau suivant, avec notamment, l'évaluation de l'état physique, psychologique du couple, leur sexualité. Des recommandations faites aux pères concernant l'accompagnement qu'ils peuvent fournir aux mères pour qui toute aide serait la bienvenue avec l'arrivée du nouveau-né.

Table 1. Recommendations for prevention, early detection, and treatment of postpartum sexual concerns

Prenatal care
Discuss the physical, emotional, sexual function, and lifestyle changes that commonly occur postpartum.
Explore any sexual concerns, as well as current and previous sexual dysfunction issues.
Offer training on perineal massage to minimize perineal trauma and postpartum pain.
Provide training in relaxation techniques to be applied during labor.
Encourage couples to attend delivery preparation classes.
Evaluate the presence of depressive symptoms in both the father and the mother, and offer psychological treatment, if needed.
Promote a healthy lifestyle, including regular exercise.
Explore marital satisfaction.
Discuss expectations and concerns about changes that could occur within the couple during the postpartum period.
Intrapartum care
Encourage the use of relaxation techniques (eg, massage, music) to reduce pain during childbirth.
Limit the use of episiotomy and operative vaginal delivery and forceps (if possible) to minimize physical damage and pain.
Perform a careful postpartum examination to detect and repair sphincter and perineal lacerations.
Discuss perineal pain, dyspareunia, and initiation of postpartum sexual activity before hospital discharge.
Assess emotional well-being, especially depressive, anxiety, and post-traumatic stress symptoms.
Postpartum care
Assess sexual function and address concerns, including considering the use of the Brief Sexual Function Inventory screening questionnaire.
Assess perineal repair and urinary or fecal incontinence.
Suggest the use of vaginal lubricants to help with the physiological hypoestrogenic state during breastfeeding.
Evaluate adequacy of sleep and promote a healthy lifestyle.
Explore mood changes. If depressive symptoms are present, offer support and referral to mental health services. If psychopharmacological treatment is needed, evaluate potential side effects on sexual dysfunction and discuss possible alternatives.
Assess the transition to parenthood, and discuss ways to decrease stress related to new demands.
Explore marital relations, concerns, and time for intimacy. Promote dyadic empathy within the couple.
If sexual anxiety or dysfunction is present, offer training in sensate focus techniques and pharmacological techniques, if needed.
Recommendations for husbands
Learn about the physical, emotional, sexual function, and lifestyle changes that commonly occur during pregnancy and postpartum.
Accompany the mother to medical consultations and delivery preparation classes during the pregnancy.
Be with the mother during delivery.
Ensure that the mother's need for sleep is covered.
Reduce the level of demands on the mother (eg, her responsibility for housework).
In cases of postpartum depression, do not to criticize or complain about the mother's depressive behavior.
Accept and validate the mother's feelings of depression, encourage her to seek professional help when needed, and accompany her to the doctor visit.
Reinforce every little achievement in baby care, and avoid criticizing mistakes.
Help the mother with decisions about childcare, work, breastfeeding, etc.
Encourage her to set limits with family or friends, when necessary.
Support the mother by spending time with her, without distractions, listening and empathizing with her.
Wait until she wants to resume sexual activity; do not insist on it or pressure her.

Ainsi nous rappelons l'importance de cibler le couple et pas seulement la mère, et cela dès la grossesse afin d'évaluer l'état psychologique des parents. Les praticiens devraient donc s'avérer vigilants face à l'ensemble des comorbidités consécutives à

l'accouchement afin de faciliter la reprise des relations sexuelles. Ils devraient tout autant penser à l'accompagnement des jeunes mères et des jeunes couples.

Par la suite, concernant l'allaitement, un article (90) énumère plusieurs types d'interventions à proposer au cours du post-partum en fonction des troubles de la sexualité pouvant intervenir en rapport avec l'allaitement. Il est intéressant de noter qu'hormis l'aspect de l'excitation lié à l'allaitement, tous les aspects cités dans la table 1 ci-après ont été rapportés par nos couples, à savoir la sécheresse vaginale, la sensibilité de la poitrine, les éjections de lait lors des rapports, la baisse d'intérêt pour le sexe et l'exacerbation de la relation mère-enfant mal vécue par le partenaire.

Table 1

Common Sexual Problems Associated with Breastfeeding, and Interventions to Avoid Them

Sexual Issue	Intervention
Vaginal dryness and subsequent dyspareunia	Use a water-based lubricant for the vagina and for the penis before intercourse.
Increased nipple and breast sensitivity	Teach the couple that sometimes breastfeeding mothers need to have a "hands off" policy for their breasts, and other methods of sexual stimulation should be considered, despite what the couple's former methods were. This is not what all couples need, so communication between them is essential.
Milk leaking from breasts during orgasm or sexual activity	Try breastfeeding before sexual activity to empty the breasts. Wear a bra/clothes to absorb leaking milk.
Decreased arousal and interest in sex	Teach the couple about the hormonal changes occurring in the woman, and stress the importance of communication during this time. Encourage other forms of closeness like cuddling and touching.
Erotic feelings while baby suckles	Teach the mother that the feelings she has during breastfeeding are normal, and not "erotic" even though she might have only felt this previously during sexual activity. Breastfeeding mothers are supposed to feel extremely close to their infants, and the hormones responsible for breastfeeding make this happen. These are not feelings to be guilty about, and are not incestuous or sexual in nature.
Partner's jealousy of mother/baby relationship	Breastfeeding mothers are naturally very close to their infants, but the relationship is different from that of spouses. Teach the couple that the spouse should participate in the infant's care in every other way, and that the couple should talk with each other about any jealous feelings they might experience. These feelings are common, and occur with bottle feeding as well.

Avery, et al., 2000; Callahan et al, 2006; Connolly et al, 2005; LaMarre et al, 2003; Polomeno, 1999, von Sydow, 2002.

Il serait ainsi intéressant pour les femmes qui allaitent, d'anticiper les éventuelles questions et d'aborder ces questions en consultation.

Enfin, une partie intéressante du suivi à proposer uniquement aux mères, s'appuie sur la rééducation périnéale. Une revue de la littérature a réalisé une approche qualitative en évaluant des données de 2004 à 2018 concernant l'importance de la musculation du pelvis au cours du post-partum (94). Il y serait retrouvé une diminution de l'incontinence urinaire et des prolapsus. De plus il y aurait un impact positif sur le désir et la lubrification vaginale voire même une diminution des douleurs au cours des rapports. Le problème se posant est le nombre de biais élevé dans les études en question, ainsi il n'en découle pas de recommandation officielle pour le moment.

Concernant le sujet de la reprise des rapports, une comparaison de la sexualité de mêmes couples entre leur premier et deuxième enfant, par le biais d'une cohorte prospective à Melbourne a récupéré les données de la deuxième grossesse ayant eu lieu entre 2005 et 2015 (95). Il n'est pas découvert de lien entre la durée inter-grossesse et la date de reprise des rapports au cours du post-partum, néanmoins il y aurait une similitude concernant la date de reprise de la sexualité par rapport au premier post-partum. Mais, les femmes n'ayant eu aucun traumatisme lors de la première grossesse, et qui en ont eu lors de la deuxième, reprendraient leurs rapports plus tard qu'au cours du premier post-partum.

De plus, ce n'est pas parce qu'il s'agit d'un deuxième enfant que tout est forcément limpide et facile, l'un de nos couples entretenus a bien insisté sur cet aspect.

Au final, malgré une similitude possible de date de reprise, il est important d'expliquer aux couples les variations possibles entre chaque post-partum, et qu'il n'y a pas de date prédéfinie de reprise des rapports sexuels.

Enfin, quand proposer une voire des consultations de suivi aux couples?

L'OMS recommande des soins post-nataux et un suivi à trois jours, une à deux semaines et six semaines après l'accouchement (96). Il manquerait finalement la visite de fin du quatrième trimestre. Elle permettrait de faire le point d'un oeil global sur le couple mais aussi sur sa sexualité.

V- Conclusion

Le thème de la sexualité du post-partum m'est apparu de façon limpide. Tout simplement parce que personne ne m'en avait parlé! On nous apprend à traiter un diabète ou une hypertension, mais on ne nous apprend pas à parler de sexualité, encore moins lorsqu'il s'agit du post-partum. Là encore, durant cette période, on vérifie les vaccinations de toute la famille, on examine le nourrisson si nous avons la chance de le suivre, sinon le pédiatre s'en charge, et on oublie assez rapidement d'évaluer le couple durant cette période charnière de sa vie.

Au fur et à mesure que je réalisais ma thèse, que je lisais de nombreux articles sur le sujet, j'ai bien compris que de nombreux problèmes sur la sexualité du post-partum ont été mis en évidence et cela depuis des années. Des conseils ont été donnés pour accompagner les couples. Mais... En effet, en commençant à remplacer au sein de cabinets de médecine générale, moi la première, je n'abordais pas ce sujet. Avec du recul, je me suis dit que je connaissais le problème mais que je ne faisais pas grand chose pour y remédier. Néanmoins, comme la plupart de mes confrères, le fait de parler d'un sujet qu'on ne maîtrise pas bien, (d'autant plus en ayant le statut de remplaçante avec des difficultés plus importantes à créer du lien avec la patientèle), ne me mettait pas du tout à l'aise. Je ne peux actuellement même pas faire un parallèle avec mon vécu ou mon expérience, n'ayant pas eu d'enfant.

Alors que faire? Se former, se renseigner, apprendre à savoir quoi dire et comment le dire! Comme beaucoup de sujets, il suffit de s'y intéresser un tant soit peu et ainsi de se sentir rapidement plus à l'aise.

L'objectif de ce travail était d'appréhender le vécu de la sexualité des couples lors de la première année du post-partum. Quinze entretiens de couples ont été réalisés permettant de mettre en évidence de nombreuses idées. En premier lieu, plusieurs facteurs intriqués influençant la reprise de la sexualité, et non pas un unique souvent pris en exemple à savoir le type d'accouchement et ses traumatismes associés. Puis, le vécu de la parentalité, un nouvel arrivant ne fera qu'exacerber les différents aspects de la relation déjà présents au sein du couple, que ce soit en bien ou en mal. Les couples ont tous également insisté sur la communication fondamentale entre eux, le dialogue est nécessaire pour faire part de ses sentiments et de ses peurs. Enfin, la majorité des couples insiste sur l'absence de communication extrinsèque au couple, avec les professionnels de santé. Certains couples n'en ont pas été lésés, mais insistent comme ceux qui auraient apprécié avoir des informations, qu'il serait judicieux de faire de la prévention et aborder ce thème largement évité parce que probablement tabou.

Au total, ce ne sont pas tant les événements de vie apparus au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum, mais plutôt le vécu de ceux-ci par le couple, qui jouerait un rôle dans la nouvelle vie parentale du couple, notamment sur sa sexualité.

J'ai rapidement abordé ce sujet avec les jeunes mères et les primipares, j'ai commencé à les rassurer en anticipant d'éventuelles questions, et j'ai immédiatement perçu un soulagement de celles-ci. Elles peuvent être très inquiètes mais sont submergées de questions, sur leur enfant, sur leurs douleurs, sur l'allaitement, il est vrai que la sexualité vient bien après mais finalement en amenant le sujet avec subtilité je me suis rendue compte qu'elles se questionnaient mais n'en parlaient pas. En effet, on retrouve dans la vraie vie ce qui a été mis en évidence dans de nombreuses études: les patient(e)s sont rares à parler spontanément de sexualité et attendent que le professionnel de santé s'y attelle!

Dire au patient que nous sommes là, de ne pas hésiter à poser des questions est déjà une première étape, afin qu'ils se sentent bien entourés. Mais cela ne suffit pas. Comme nous l'ont indiqué certains parents, il faut parfois aider un peu et mettre sur la voie, laisser la graine germer dans l'esprit des gens, poser le mot « sexualité » et mettre le

patient en confiance pour qu'il puisse s'ouvrir sans crainte de jugement. Beaucoup de parents avec qui nous avons eu un entretien nous affirment qu'il serait préférable de réaliser un suivi du couple et cela de façon automatique, de ne pas les « abandonner » après la consultation des six semaines du post-partum.

Ainsi, tant par la littérature que par l'intermédiaire de notre travail, nous pouvons voir l'importance des besoins des couples sur ce thème.

Bien que certains couples aient refusé de réaliser nos entretiens, on peut imaginer que s'il s'agissait de leur médecin ou de leur sage-femme, en toute intimité, sans « étude » sous-jacente, ils auraient surement plus acceptés de se confier...

Ce sujet me portait à cœur, donc il est forcément plus facile de s'intéresser et se renseigner sur les possibilités d'amélioration de prise en charge des couples sur leur sexualité du post-partum.

De plus, un cours sur la sexualité m'a été dispensé dans le cadre de mon DU: mère et nouveaux-nés, accompagnement au cours du post-partum. Un unique cours, n'entrant pas dans la filière classique de formation, mais qui a permis de poser certaines bases. Par la suite, quand nous avons eu un groupe d'échanges et d'analyses de pratiques sur la sexualité, les sujets les plus couramment revenus ont été la contraception et les maladies sexuellement transmissibles, mais pas vraiment la sexualité en elle-même. C'est ce jour là que le sujet de ma thèse m'est ainsi apparu comme une évidence.

De plus, je pense qu'il serait important de travailler main dans la main entre pédiatres et médecins généralistes, mais surtout entre sages-femmes et médecins généralistes. J'aimerais m'investir au sein d'une maison de santé et travailler avec une sage-femme afin de réaliser ces suivis. Pouvoir faire des groupes de paroles pour les gens intéressés. Pouvoir proposer un suivi régulier avec une sage-femme ou moi-même si les besoins du couple le nécessitent.

Parce qu'au final, parler de sexualité du post-partum ne consiste qu'en une mince partie de la vie du couple nouvellement parents. Cette période charnière de la vie d'un couple qui va les changer définitivement. Et si certaines personnes ont besoin d'aide, car tout ne se passe pas toujours comme prévu, il est de notre devoir, du mien, d'être présent(e)s!

Références bibliographiques

1. Leveque C. La médicalisation de la sexualité: intervention nécessaire ou ingérence? Mémoire éthique et santé, Bordeaux: Université de Bordeaux Montaigne; 2018.
2. Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2010;(153):117-23.
3. M. Leeman L, G. Rogers R. Sex After Childbirth Postpartum Sexual Function. *Obstetrics & gynecology* 2012;(119):647-55.
4. Collier F, Cour F. En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle? *Progrès en urologie* 2013;(23):612-20.
5. Saunamäki N, Engström M. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing* 2013;(23): 531-40.
6. Groman E. Comment parler de la sexualité après l'accouchement. *Vocation Sage-femme* 2016;(119):30-4.
7. Querens I. L'abord de la sexualité par les sages-femmes en cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Mémoire pour diplôme d'état de sage-femme, Marseille: Aix Marseille Université; 2015.
8. Foucault C. Sexualité du post-partum. Évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. Mémoire pour diplôme d'état de sage-femme, Paris: Université Paris Descartes; 2011.
9. Williamson M, McVeigh C, Baafi M. An australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery* 2008;(24):99-107.
10. Site web de la Haute Autorité de Santé [internet]. HAS 2005. [Consulté le 8 octobre 2020]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
11. Site web de la Haute Autorité de Santé [internet]. HAS 2014. [Consulté le 8 octobre 2020]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2clics_sortie_de_maternite-120314.pdf
12. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;(84):142-5.
13. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M et Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer* 2013;(105):4-11.
14. Point S. Chapitre 15. L'analyse des données qualitatives : voyage au centre du codage. *Les méthodes de recherche du DBA* 2018: 262-82.
15. Vermersch P. Entretien d'explicitation. *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* 2019:340-2.
16. Hicks T.L, Forester Goodall S, Quattrone E.M and Lydon-Rochelle M.T. Postpartum Sexual Functioning and Method of Delivery: Summary of the Evidence. *The American College of Nurse-Midwives* 2004;(49):430-6.
17. Labbok M.H. Postpartum Sexuality and the Lactational Amenorrhea Method for Contraception. *Clinical obstetrics and gynecology* 2015;(58):915-27.
18. Handelzalts J.E, Levy S, Peled Y, Yadid L and Goldzweig G. Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. *Springer Nature* 2018:1-6.
19. Pizzoferrato A-C, Samie M, Rousseau A, Rozenberg P, Fauconnier A and Bader G. Déchirures périnéales post-obstétricales sévères : conséquences à moyen terme sur la qualité de vie des femmes. *Progrès en urologie* 2015;(25):530-5.

20. Rowland M, Foxcroft L, Hopman W M and Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien* 2005;(51):1366-7.
21. Banaei M, Azizi M, Moridi A, Dashti S, Yabandeh A.P and Roozbeh N. Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis protocol. *Banaei et al. Systematic Reviews* 2019;(161):1-5.
22. Jalabert A. Devenir père et mère, et rester partenaires. Impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple et besoin en information. Mémoire sage-femme, Metz: Université Henri Poincaré, Nancy I; 2012.
23. Olsson A, Robertson E, Björklund A and Nissen E. Fatherhood in focus, sexual activity can wait: new fathers' experience about sexual life after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010;(24):716-25.
24. Shorey S, Ang L, Goh E.C.L, Lopez V. Paternal involvement of Singaporean fathers within six months postpartum: A follow-up qualitative study. *Midwifery* 2019;(70):7-14.
25. Moeris M. Présence du père à l'accouchement: impact sur sa sexualité future. Mémoire sage-femme, Caen: Université de Caen; 2018.
26. Gray P.B, Reece J-A, Coore-Desai C, Dinnall-Johnson T, Pellington S and Samms-Vaughan M. Sexuality among fathers of newborns in Jamaica. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015:1-9.
27. MacAdam R, Huuva E, and Berterö C. Fathers' experiences after having a child: sexuality becomes tailored according to circumstances. *Midwifery* 2011;(27):149-55.
28. Delebarre C. Sexualité entre femmes : une clinique particulière ? Éléments de compréhension pour une meilleure prise en charge des FSF (femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes) en santé sexuelle. *Sexologies* 2019:1-8.
29. Beltran L. Dysfonction sexuelle du couple. *EMC - Gynécologie* 2014;(9):1-8.
30. Duchêne A-M. Ce que veulent les femmes... : attente des femmes enceintes au troisième trimestre envers leurs soignants quant à leur vécus et représentations de la sexualité pendant la grossesse. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale, Angers: Université d'Angers; 2013.
31. Kouakou K.P, Doumbia Y, Djanhan L.E, Ménin M.M, Kouaho J.C and Djanhan Y. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2011;(40):36-41.
32. Lowenstein L, Mustafa S, and Burke Y. Pregnancy and Normal Sexual Function. Are They Compatible? *J Sex Med* 2013;(10):621-2.
33. Olsson A, Robertson, Falk K and Nissen E. Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery* 2011;(27):195-202.
34. Abdool Z, Thakar R and Sultan A H. Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2009;(145):133-7.
35. Signorello L B, Harlow B L, Chekos A K and Repke J T. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;881-90.
36. Safarinejad M R, Kolahi A A and Hosseini L. The Effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual Satisfaction in Primiparous Women and Their Husbands. *J Sex Med* 2009;(6):1645-67.
37. McDonald E A and Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG* 2013;(120):823-30.
38. Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovis I, Dridi D, Ronchetti C and all. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. *J Sex Med* 2016;(13): 393-401.

39. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG* 2015;(122):672–9.
40. Amiri F N, Omidvar S, Bakhtiari A and Hajiahmadi M. Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. *African Health Sciences* 2017;(17):623-31.
41. Gungor S, Baser I, Ceyhan T, Karasahin E and Kilic S. Does Mode of Delivery Affect Sexual Functioning of the Man Partner? *J Sex Med* 2008;(5):155-63.
42. Pizzoferrato A-C, Samie M, Rousseau A, Rozenberg P, Fauconnier A and Bader G. Déchirures périnéales post-obstétricales sévères : conséquences à moyen terme sur la qualité de vie des femmes. *Progrès en urologie* 2015;(25):530-5.
43. Leader-Cramer A, Kenton K, Davé B, Gossett D.R, Mueller M and Lewicky-Gaupp C. Factors Associated With Timing of Return to Intercourse After Obstetric Anal Sphincter Injuries. *J Sex Med* 2016;(13):1523-9.
44. Cappell J, Pukall CF. Perceptions of the effects of childbirth on sexuality among nulliparous individuals. *Birth* 2018;(45):55-63.
45. Gachon B. Place de la césarienne dans la protection périnéale obstétricale. RCP Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 2018;(3045):1-18.
46. Kahramanoglu I, Baktiroglu M, Hamzaoglu K, Kahramanoglu O, Verit F.F and Yucel O. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet* 2017:1-10.
47. Eid MA, Sayed A, Abdel-Rehim R and Mostafa T. *International Journal of Impotence Research* 2015;(27):118-20.
48. Connolly AM, Thorp J and Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J* 2005;(16):263-7.
49. Perlman L. Breastfeeding and female sexuality. *Psychoanalytic Review* 2019;(106):137-48.
50. Sydow K.Y. Sexual enjoyment and orgasm postpartum: sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2002;(23):147-55.
51. Labroille F. Analyse qualitative de l'expérience de l'allaitement maternel vécu par le couple. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
52. Avery M.D, Duckett L and Frantzich C.R. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2000;(45):227-37.
53. Marrie A. Sein érotique, sein nourricier : L'allaitement maternel a-t-il un impact sur la sexualité des couples en post-partum ? Mémoire de fin d'études de sage-femme, Bordeaux: Université Bordeaux 2 – Victor Segalen; 2014.
54. Matthies L.M, Wallwiener M, Sohn C, Reck C, Müller M and Wallwiener S. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2018:1-9.
55. Rupp H.A, James T.W, Ketterson E.D, Sengelaub D.R, Ditzen B and Heiman J.R. Lower sexual interest in postpartum women: Relationship to amygdala activation and intranasal oxytocin. *Hormones and Behavior* 2013;(63):114-21.
56. Baskerville T.A and Douglas A.J. Interactions between dopamine and oxytocin in the control of sexual behaviour. *Progress in Brain Research* 2008;(170):277-90.
57. Potard C. Sexualité et perturbation de la relation à l'autre : différenciation et complémentarité de soi. *Sexologies* 2015;(24):183-6.
58. Botros S.M, Abramov Y, Miller J-J.R, Sand P.K, Gandhi S, Nickolov A and all. Effect of Parity on Sexual Function: An Identical Twin Study. *Obstetrics & Gynecology* 2006;(107):765-70.

59. Althof S.E and Needle R.B. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: An update. *Arab Journal of Urology* 2013;(11):299-304.
60. Hipp L.E, Low L.K and van Anders S.M. Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. *J Sex Med* 2012;1-12.
61. Schlagintweit H.E, Bailey K and Rosen N.O. A New Baby in the Bedroom: Frequency and Severity of Postpartum Sexual Concerns and Their Associations With Relationship Satisfaction in New Parent Couples. *J Sex Med* 2016;1-11.
62. De Judicibus M.A and McCabe M.P. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research* 2002;(39):94-103.
63. Chivers M.L, Pittini R, Grigoriadis S, Villegas L and Ross L.E. The Relationship between Sexual Functioning and Depressive Symptomatology in Postpartum Women: A Pilot Study. *J Sex Med* 2011;(8):792-9.
64. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon R.J, Plewniok K, Feller S and all. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet* 2017: 1-11.
65. Riggs D.W, Worth A and Bartholomaeus C. The transition to parenthood for Australian heterosexual couples: expectations, experiences and the partner relationship. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018;(342)1-9.
66. Yee L.M, Kaimal A.J, Nakagawa S, Houston K and Kuppermann M. Predictors of Postpartum Sexual Activity and Function in a Diverse Population of Women. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2013;(58):654-61.
67. Ahlborg T and Strandmark M. The baby was the focus of attention: first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scand J Caring Sci* 2001;(15):318-25.
68. Bender S S, Sveinsdottir E and Fridfinnsdottir H . You stop thinking about yourself as a woman. An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth. *Midwifery* 2018: 1-23.
69. McKelvey M.M. The Other Mother: A Narrative Analysis of the Postpartum Experiences of Nonbirth Lesbian Mothers. *Advances in Nursing Science* 2014;(37): 101-16.
70. De Fátima Enderle C, Da Costa Kerber N.P, Lerch Lunardi V, Magroski Goulart Nobre C, Mattos L and Rodrigues E.F. Constraints and/or determinants of return to sexual activity in the puerperium. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013;21(3):719-25.
71. Adanikin A.I, Awoleke J.O, Adeyiolu A, Alao O and Adanikin P.O. Resumption of intercourse after childbirth in southwest Nigeria. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2014;1-8.
72. Alum A.C, Kizza I.B, Osingada C.P, Katende G and Kaye D.K. Factors associated with early resumption of sexual intercourse among postnatal women in Uganda. *Reproductive Health* 2015;12(107):1-8.
73. Gjerdingen D.K and Center B.A. First-Time Parents' Prenatal to Postpartum Changes in Health, and the Relation of Postpartum Health to Work and Partner Characteristics. *JABFP* 2003;16(4):304-11.
74. Van Anders SM, Hipp LE, and Kane Low L. Exploring co-parent experiences of sexuality in the first 3 months after birth. *J Sex Med* 2013;(10):1988-99.
75. Woolhouse H, McDonald E and Brown S.J. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Australian Journal of Primary Health* 2014;(20):298-304.
76. McDonald E, Woolhouse H and Brown S.J. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery* 2017:1-27.

77. Khajehei M, Doherty M, Tilley M and Sauer K. Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Postpartum Australian Women. *J Sex Med* 2015;(12):1415-26.
78. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E and Nissen E. *Scand J Caring Sci* 2005;(19):381-87.
79. Mickelson K.D and Joseph J.A. Postpartum Body Satisfaction and Intimacy in First-Time Parents. *Sex Roles* 2012;(67):300-10.
80. Aubry P. La sexualité de la femme après un premier enfant. Mémoire de diplôme d'état de sage-femme, Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines: université Paris-Saclay; 2017.
81. Toesca C. Sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant: étude auprès de 75 primipares: quel impact de la naissance sur la sexualité féminine? Mémoire de diplôme d'état de sage-femme, Nice: université de Nice Sophia-Antipolis: 2017.
82. Yildiz H. The Relation Between Prepregnancy Sexuality and Sexual Function During Pregnancy and the Postpartum Period: A Prospective Study. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2015;41:(1):49-59.
83. O'Malley D., Higgins A. and Smith V. Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2015;71(10):2247-57.
84. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R and Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000;107(2):186-95.
85. Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H and Elaut E. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2017;22:(3):200-6.
86. Özge Acele E and Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing* 2011;(21):929-37.
87. Colson M.H. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2014;1-7.
88. Fabre-Clergue Ç and Duverger-Charpentier H. Sexualité du postpartum. *La Revue Sage-Femme* 2008;(7):301-4.
89. McBride HL, Olson S, Kwee J, Klein C and Smith K. Women's Postpartum Sexual Health Program: A Collaborative and Integrated Approach to Restoring Sexual Health in the Postpartum Period, *Journal of Sex & Marital Therapy* 2016:1-23.
90. Convery K.M, Spatz D.L and Shearer H.M. Sexuality and breastfeeding: what do you know? *MCN* 2019;(34):218-23.
91. Ellis D.J and Hewat R.J. Mothers' Postpartum Perceptions of Spousal Relationships. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 1985: 140-146.
92. Petch J and Halford W.K. Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. *Clinical Psychology Review* 2008;(28):1125-37.
93. Drozdowskyj E.S, Castro E.G, López E.T, Taland I.B and Actis C.C. Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sex Med Rev* 2019;1-10.
94. Sobhgol SS, Priddis H, Smith C.A and Dahlen H.G. The Effect of Pelvic Floor Muscle Exercise on Female Sexual Function During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review. *Sex Med Rev* 2018:1-16.
95. McDonald E.A, Gartlan D, Woolhouse H and Brown S.T. Resumption of sex after a second birth: An Australian prospective cohort. *Birth* 2018:1-9.
96. Stuebe A, Auguste T and Gulati M. Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics & gynecology* 2018;131(5):140-50.

Annexes

Annexe 1:

Tableau 1: grille des entretiens des couples

Questions	Sous questions
Reprenons quelques données générales: quel est votre âge ? Votre profession? Combien avez-vous d'enfants au sein de votre couple?	
Comment s'est passé l'accouchement et votre séjour en suites de couches?	- Présence du conjoint? - Ressenti de chacun? - Complications à la naissance?
Comment s'est passé le retour à domicile ?	- Allaitement maternel ou artificiel ? -> combien de temps si maternel? -> complications éventuelles? - Santé du nouveau-né? -> Fait-il ses nuits? -> Où dort-il? - Reprise du travail ? -> pour le père? -> pour la mère? -> organisation avec le nouveau-né?
Abordons la reprise de votre intimité, pourriez-vous me raconter votre expérience?	- Avez-vous du temps à deux? - Quand avez-vous retrouvé une intimité? - Comment s'est passée la reprise de votre sexualité? -> des freins?
Aviez-vous eu des informations sur la sexualité du post-partum ?	- Si oui: quand et par qui? - Si non: -> avez-vous ressenti un manque d'information? -> avez-vous trouvé des informations ailleurs?
Pensez-vous que cela serait utile qu'un professionnel de santé aborde le thème de la sexualité du post-partum?	- Si oui: -> quel professionnel de santé? -> quand aborder ce sujet? -> vos impressions - Si non: -> vos impressions

Annexe 2: Entretien 1

Bonjour, tout d'abord nous allons reprendre quelques informations générales vous concernant, mesdames: à savoir, votre âge et votre profession, ainsi que le nombre d'enfants que vous avez ?

- J'ai 37 ans, je suis psychologue, me concernant c'est mon premier bébé.
- J'ai 44 ans, je suis médecin et c'est mon troisième bébé.

Comment s'est passé l'accouchement?

- Ça s'est bien passé, on est arrivé pile poil quand il fallait, on a été bien reçu, bien prises en main. On était bien chacune dans nos rôles on va dire, et ensemble. Il n'y a pas eu de complication, rien, donc c'était un bon moment.
- J'ai presque envie de dire que c'est l'accouchement rêvé.
- Oui voilà.
- Périurale, ça a mis huit ou neuf heures, je ne sais même plus.
- Oui.
- Tellement c'était bien, on n'a rien retenu (rire).
- Ça s'est hyper bien passé en fait, on était assez sereine avant, sereine pendant et sereine après.

Vous me dites donc, pas de complications, tant pour vous que pour bébé?

- Des bricoles, mais non.

Comment va votre bébé?

- Très bien, très en forme.
- Elle a été pas mal malade jusqu'au confinement, car elle est en crèche, donc là c'est la transition sur le reste probablement, elle a eu du mal à faire ses nuits, elle était tout le temps enrhumée. C'était réveil nocturne sur réveil nocturne, mais depuis le confinement, elle n'est plus en crèche et elle commence à refaire ses nuits. La levée du confinement a réactivé ces espèces d'angoisses nocturnes, bon on pourrait dire que ça fait à peine un mois qu'on commence nous à se reposer à nouveau. (environ à dix mois)

Avant le confinement, elle ne faisait donc pas encore tout à fait ses nuits?`

- Non.
- Non.
- Et on était encore en co-dodo.

Là, elle est dans sa chambre?

- Oui.

Comment s'est passé le retour à la maison pour toutes les trois?

- Je dirais que ça a été.
- Oui ça a été.
- Les aînés étaient présents puis absents car ils partaient en vacances, donc on s'est retrouvé finalement à ne la gérer qu'à elle.
- Toi tu avais beaucoup de congés, donc finalement tu étais vachement avec moi. Donc on était à trois pendant un bon moment.
La seule chose qui a été un peu compliquée je dirais, c'était la canicule.
- Oui!
- Sinon elle n'a pas été... Enfin comme un bébé.

- La fatigue voilà.
Me concernant il n'y a pas eu de soucis particulier après, il y a eu un truc, il y a eu la sage-femme à la maison.
- Si, si, tu avais fait une grosse hémorragie du post-partum. Tu as un peu stressée, tu ne te souviens pas?
- Oui, mais une fois.

On a su à quoi était due cette hémorragie?

- Non parce que finalement ça s'est tari assez rapidement, on n'a même pas fait d'échographie.

Pas de notion de rétention placentaire du coup?

- La sage-femme l'avait évoqué, puis finalement elle avait temporisé en disant « si ça continue demain, vous ferez une échographie » puis ça s'est arrêté.
- C'était très spectaculaire, mais de courte durée.

Vous allaitiez à la maternité? Avez-vous poursuivi?

- Oui, je ne faisais que l'allaitement, jusqu'à son adaptation à la crèche, ce n'était que l'allaitement.
Elle a commencé l'adaptation à deux mois et demi, pour être intégrée à la crèche à trois mois.

Donc, à partir de la crèche, allaitement artificiel?

- Oui, pendant quelques temps.
- Ça, ça a été difficile, car en fait, elle refusait le biberon.
- Oui, le soir je lui en donnais un peu, elle ne mangeait pas la journée en fait, elle refusait. Donc le matin et le soir. Donc ça a été très peu de temps, car c'est compliqué de garder... Une fois qu'on a repris l'activité, c'est compliqué de garder les tétées en terme de fatigue, de confort. J'ai tenté le tire-lait qui ne m'a pas du tout, du tout convenu.

Des complications de l'allaitement telles que des crevasses ou autres?

- Non, non.

Comment s'est passée la reprise du travail pour toutes les deux?

- De la fatigue, mais due au fait qu'elle ne faisait pas ses nuits non plus. Et effectivement avec un été caniculaire pour se reposer, c'est compliqué. La qualité de vie c'est... voilà.
Après, j'avais aussi la particularité, que cette grossesse est tombée sur un changement d'activité, c'était un démarrage d'activité libérale, donc il y avait aussi un stress en lien avec ça. Je ne retombais pas dans un poste connu et confortable.
- Une activité avec un temps de travail qui était bien majoré aussi. Tu as beaucoup travaillé.
- Oui.

Vous aviez repris le travail à la fin du congé maternité je suppose?

- Oui.
- Moi j'ai repris, j'ai eu six semaines de congés, donc trois semaines avant et trois semaines après. Donc ça a été un peu dur, physiquement car il y a eu la canicule aussi, et elle ne dormait pas de la nuit. Mais ça a été dur sur le plan psychologique car je n'avais pas envie! Tout simplement, je serais bien restée des mois et des mois à la maison ! (rire)

Vous arriviez à trouver du temps pour toutes les deux malgré tout ça?

- Plus ou moins, un peu.
- On a recommencé, surtout en septembre quand on l'a mise à la crèche, on a réussi à avoir une journée. Globalement insuffisant par rapport à ce qu'on voudrait. Cela

résume un peu... (rire) Mais on a réussi, notamment la journée, à la laisser, à prendre des congés sur un jour, à la mettre à la crèche ou chez une grand-mère pour avoir quelques heures à nous. On devait réitérer, mais c'était pendant le confinement, donc tout a été mis entre parenthèses depuis mars.

On repart sur cette dynamique là.

Donc pas encore trop souvent?

- Disons, pas régulièrement.
- Voilà.

Concernant votre intimité, avez-vous eu la possibilité de la retrouver?

- C'est la même conclusion, oui, on a pu, mais insuffisamment par rapport à ce qu'on souhaiterait encore.
- Oui c'est ça.
- C'est pareil, c'est le même soucis de la régularité, dès que l'occasion nous en est donnée de se retrouver ensemble ou de se retrouver sur le plan intime, on le saisit, mais on aimerait bien que ça soit plus régulier et plus « équilibré ».

Il y a eu des freins particuliers à la reprise de votre intimité ? Ou cela s'est fait naturellement?

- Ho naturellement.
- Oui.
- Alors les freins oui, la fatigue, je crois que c'est le principal.
- Oui le gros.
- Et puis effectivement, le côté où on est un peu en hyper vigilance, à écouter si elle ne se réveille pas. Mais sinon il n'y a pas eu d'autres freins.
- Non.
- On était même étonné de retrouver assez facilement.
- Oui.
- De manière intacte toutes les questions du désir, de ça, de toutes ces questions. Il faut avoir encore un peu d'énergie pour pouvoir...

Pas de douleur particulière donc?

- Non, voire même c'était chouette de mon côté car la grossesse m'avait d'avantage amenée à des difficultés, j'appréhendais qu'elles perdurent après, en terme de ressenti je veux dire. Au niveau de mon corps. Et puis finalement, pas du tout, tout est revenu. C'était même une agréable surprise, c'était de l'anticipation négative mais qui n'a pas eu lieu.

Vous avez retrouvé votre intimité à peu près quand?

- Je ne m'en souviens plus!
- Peut-être vers trois mois non?
- Oui, je dirais ça aussi.
- Et psychologiquement, avant ça, je n'étais pas forcément connectée à ça. Tant que j'allais en fait c'était un peu compliqué, de penser aux deux en parallèle. L'utilisation de mon corps n'était pas pour la même chose.
- Et moi j'avais le même ressenti pour le coup.

Finalement l'allaitement a pu être un « frein » aussi pour vous?

- Ha oui, si on le voit comme ça oui.
- Oui.
- On ne regrette rien non plus, mais ça apporte son lot. Je me souviens, les seins qui coulent, ce n'est pas non plus très sexy quoi.

Aviez-vous eu des informations sur le post-partum? Notamment en terme de sexualité?

- Je ne crois pas qu'on l'ait abordé avant non.
- Elle nous l'a demandé après, quand j'y suis allée après, elle m'a demandé s'il y avait des soucis. Si j'avais des questions par rapport à ça, elle m'a demandé si on avait repris une sexualité, mais ça s'est arrêté là. C'est si j'avais des questions, mais comme finalement, on n'en avait pas. Cela aurait pu être développé s'il y avait eu une demande.

Vous auriez pu parler avec elle d'un éventuel problème donc?

- Oui.
- Oui. Mais vu que ce n'était pas le cas.

Vous n'aviez pas spécialement de questions sur la sexualité, une fois que vous aviez accouchée en fait?

- Non.

Trouveriez-vous cela judicieux néanmoins d'aborder ce sujet systématiquement avec les couples?

- Je pense que ça pourrait être pertinent pour les couples qui souhaiteraient développer la question. Alors après, l'avantage qu'on a, c'est qu'on a toutes les deux connu la maternité, donc effectivement il y a une compréhension, y compris à ce niveau là. Tant au niveau du corps bien sûr, de l'acte en lui même, mais aussi de comment on se sent psychiquement et comment on est orienté vers son bébé, de tout un tas de choses que peut-être dans un couple hétérosexuel cela serait différent, au niveau du papa.
- Oui.
- Ma conjointe ayant déjà connu deux grossesses, j'ai eu l'impression d'être complètement comprise. On était vraiment sur la même longueur d'ondes. Mais peut-être que pour des couples hétérosexuels, cela nécessite plus de communication.
- Je suis assez d'accord.
- On en avait déjà parlé car on avait la même expérience. Mais les couples n'en parlent peut-être pas spontanément. Pas tous en tout cas.
- Je pense que ça serait différent dans un couple hétérosexuel, autant je pense qu'un homme peut avoir rapidement du désir, nous, nous étions très centrées sur notre fille. Je pense que c'est très très différent.
- Toi aussi, tu n'as pas pris ton rôle... Enfin c'est la parentalité différemment qu'un homme quand même.
- Un rôle plus maternel.
- Plus maternel, voilà. On était beaucoup dans la tendresse, dans autre chose, que peut-être un homme? Enfin ça dépend des hommes après.
- Je pense qu'il y a un plus gros décalage dans un couple hétérosexuel.
- Même avec un homme qui connaît, qui a connaissance de toutes ces notions, il vit à un moment donné dans un rythme un peu différent. Il peut comprendre sa compagne mais il vit lui peut-être quelque chose d'un peu différent. Alors que nous finalement, on a été sur le même rythme au fur et à mesure. On était connecté pour reprendre une sexualité en même temps. Tout était lié psychiquement, réellement.
- Oui oui je pense que c'est ça.

Vous aviez une compréhension mutuelle un peu instinctive?

- Oui.
- Oui.

- De vivre la même chose au même moment. Car un homme peut se dire qu'il faut qu'il patiente, il peut comprendre, mais il peut avoir des besoins qui ne sont pas connectés pile poil en même temps, ça peut être différent. Alors que nous, ça n'a pas fait ça.
- Non.
- On évolue vraiment au même rythme, on est fatigué en même temps, on est tourné vers elle au même moment. On se retrouve au même moment, cela correspond vraiment à notre rythme individuel. Avec un homme, on aura beau communiquer, il y aura forcément à un moment donné ce décalage, « on n'a pas les mêmes besoins au même moment ».

De plus, vous aviez déjà vécu une grossesse, donc peut-être encore que cela rajoute aussi une certaine compréhension?

- Oui tout à fait, car on pourrait imaginer qu'en dehors de la différence de sexe, il y a celle qui a vécu la grossesse et qui est fatiguée, et celle qui ne l'a pas vécue et qui est plus en forme. Mais je ne l'ai pas ressenti comme ça, on était plus dans une espèce de symbiose, de ressenti, on était synchrone en fait. L'idéal quoi! (rire)

Pourriez-vous aborder le sujet de la sexualité et de ses éventuels problèmes avec votre généraliste?

- Alors moi je n'ai pas de généraliste (rire). Je n'ai pas de médecin, mais je pense que si j'en avais un, cela ne me poserait pas de problème d'en parler.
- Moi du coup, j'ai plus de part ma profession peut-être... Si c'était un problème on va dire de l'ordre du médical, oui je n'hésiterais pas à en parler à ma doctoresse, si c'était plus de l'ordre du désir, des choses un peu plus intimes, j'ai un réflexe un peu plus rapide vers mon psychologue. Cela dépend du problème que j'aurais rencontré. Non pas que la généraliste ne puisse pas avoir son avis, je fais plus confiance sur la partie médicale, pour le reste je pense que je me serais tournée vers un autre corps de métier.

Merci à toutes les deux pour votre participation.

Annexe 3: Entretien 11

Bonjour, tout d'abord nous allons reprendre quelques informations générales vous concernant, madame et monsieur: à savoir, votre âge et votre profession, ainsi que le nombre d'enfants que vous avez ?

- J'ai 29 ans, à la base je ne suis pas actuellement en contrat mais sinon je suis animatrice nature.
- J'ai 30 ans et je suis ébéniste.
- C'est notre premier enfant.

Pourriez vous me dire maintenant comment vous avez vécu l'accouchement?

- En gros, j'ai perdu les eaux à la maison, on a attendu quelques heures avant d'aller à l'hôpital parce que je n'avais pas de contraction, on ne voulait pas y aller trop tôt. On a attendu quatre heures au moins, après on a été obligé d'y aller. Je suis restée vingt-quatre heures avec la poche des eaux rompue, ils ont du me déclencher car je n'avais pas de contraction du tout. J'ai eu les antibiotiques mais pas très longtemps car je n'avais pas de streptocoque, j'ai été déclenchée au propès le matin vers onze heures, elle est née à dix-sept heures. Ça a été assez intense, car à partir du moment où j'ai été déclenchée, une demi-heure plus tard j'étais en plein plein travail, il n'y a pas eu de progression. Monsieur était avec moi, tout le temps. Il était parti entre mon monitoring et la pose du propès, pour s'occuper du chien, il est revenu car je lui disais que le propès fonctionnait. On avait à la base, fait un projet de naissance, c'était un projet plutôt physiologique, j'avais envisagé d'accoucher à domicile, au final pour plein de raisons on a décidé de plutôt faire ça à l'hôpital. Ça a été intense, le travail a été assez long, j'ai quand même demandé la péridurale à un moment donné. Au bout de deux/trois heures, elles sont revenues m'examiner, elles m'ont dit que j'étais « à trois », du coup j'avais envie de pleurer, je leur ai dit que je ne tiendrais pas, c'était trop dur, je ne pouvais pas me reposer, j'avais de la peine à respirer. Elles ont appelé l'anesthésiste de garde, qui était en intervention, donc elles m'ont mis le gaz, puis deux heures plus tard, l'anesthésiste est arrivé. J'étais allongée pendant ces deux heures, elles m'ont préparé, et quand l'anesthésiste était là, j'étais « à huit et demi, neuf », je leur ai dit que finalement « non, ça ne sert plus à rien ».
- Oui elle était là quoi!
- L'anesthésiste est partie, une demi-heure plus tard j'étais en poussée, je changeais de position car la petite était là.
Pendant les contractions, il y a eu trois fois où on a eu peur, enfin surtout monsieur, moi j'étais un peu en transe, car elle fait des bradycardies et moi une fois aussi.
- Son pouls est descendu très bas, j'avais le monitoring en face, les deux qui descendaient, c'était flippant. Et puis c'est arrivé deux/trois fois. La sage-femme est arrivée et a dit que si jamais cela se reproduisait il allait falloir évacuer la salle et faire une césarienne, car on ne pouvait pas laisser une quatrième fois cet épisode se reproduire. C'était très intense comme accouchement.
De ce que j'en retiens, enfin c'est mon vécu personnel, on a été préparé quand même. Préparation à l'accouchement, on a été plutôt bien accompagné par notre sage-femme et on avait notre vision de l'accouchement, plutôt physiologique, le plus naturel possible. Et au final il y a eu ce déclenchement qui a tout chamboulé. Je n'ai aucun regret, c'était un moment super, enfin... Super... Je ne sais pas si je devrais dire ça! Hyper intense. C'est très difficile à décrire. J'étais juste là pour l'accompagner, avec le déclenchement c'était très intense, elle avait des contractions quasi tout le temps! Les sage-femmes ont oublié d'enlever le propès...

- Enfin on ne sait pas si elles ont oublié, mais notre sage-femme après l'accouchement nous a formulé la chose de façon à ce qu'on se dise « peut-être qu'elles auraient pu l'enlever, plus tôt ». Et pas le laisser des heures, on a cru comprendre qu'une fois en plein travail, elles auraient pu le retirer. Elles l'ont enlevé une fois que l'anesthésiste était là. Du coup, à partir du moment où le propès a été enlevé, c'était royal, j'avais l'impression d'être dans un quatre étoiles! Je pouvais respirer, je pouvais parler à monsieur, c'était beaucoup mieux! Si je devais être déclenchée à nouveau, je pense que je leur dirais « est-ce que là on peut l'enlever? » pour que ça soit plus naturel et plus facile pour moi aussi. Là c'était trop intense, du coup même elle, elle en souffrait, pour moi ce n'était pas évident, c'était pas censé être aussi intense, c'est censé être progressif. « Normalement », mais dans l'idée je pense qu'on aurait pu s'épargner certains trucs, ça aurait peut-être été plus vite, vu qu'on aurait été moins... Ce sont des suppositions qu'on a faites après... Mais le fait que ça soit trop intense, que Z. n'ait pas le temps de se reposer, que moi non plus, je n'avais pas le temps de me détendre pour que le travail se poursuive de la bonne façon. On avait vu que les deux phases étaient importantes. Le repos devait être vraiment très salvateur, pour permettre de bien respirer et continuer après. Mais là, de ne pas pouvoir respirer ni de se reposer, ça a été trop contracté. On s'est dit que ça avait ralenti, tellement c'était flippant et dans la tension!

Après, rien ne se passe comme prévu. C'est le premier truc qu'on apprend avec l'accouchement (rire).

Il y a eu d'autres « complications » au décours de l'accouchement?

- Non, pas de forceps, pas d'épisiotomie. En fait à part le déclenchement tout a été respecté. Elles n'étaient pas trop intrusives. Pas d'intervention médicale après.

Pas de soucis au décours pour bébé non plus?

- Non, non aucun. On l'a mise au sein direct.

Vous avez allaité votre bébé?

- Oui, là elle est encore allaitée.

Jamais de lait en poudre, allaitement exclusif à la demande. On a commencé là, la diversification, elle mange et allaitement en complément.

Comment s'est passé l'allaitement? Comment l'avez-vous vécu tous les deux?

- Très différent. (rire). Moi, je ne m'attendais pas à ce que ce soit si fatigant et prenant, mais en même temps je ne regrette pas sinon je n'aurais pas continué. Il y a des moments encore difficiles, mais pour l'instant je vois encore plus de positif que de négatif, donc je continue. Mais à un moment donné, ça sera trop dur pour moi, ça sera définitif et j'arrêterais. Il y a eu des moments pas facile aussi. Je ne m'étais pas posée de questions avant, sur l'allaitement... J'étais naïve en fait. Je ne savais pas qu'on pouvait donner le biberon s'il n'y avait pas de problème. Je ne savais pas qu'autant de personne donnait le biberon. Ce n'est pas un jugement, c'est juste que je ne m'en doutais pas. Quand on a eu la réunion à l'hôpital, je ne comprenais pas. Il y avait une conseillère en lactation, que j'ai rencontrée, elle m'a dit « c'est quoi votre projet? », « comment ça mon projet? Je donne le sein à mon bébé » (rire). Elle m'a expliqué plein de trucs, j'ai pu la voir une ou deux fois. Notre sage-femme a fait les visites à domicile après, elle a répondu à nos questions.

Il y a eu des complications de l'allaitement?

- Les crevasses, j'imaginais un truc énorme. Comme le nom l'indique, du coup j'avais du mal à comprendre. Je pense que j'en ai eu au tout début, avec le colostrum, j'avais mal. Après, à partir du moment où il y a eu la vraie montée de lait, ça allait très bien. Il y a des moments où c'était plus ou moins agréable, mais c'était la position comme m'avait dit la conseillère. Et il y a eu des moments dans l'allaitement où je me suis

posée des questions, mais internet est quand même plutôt bien fait si on sait où aller. Je suis allée à deux réunions d'allaitement, d'associations, et ça a répondu à quelques questions. Mais j'ai compris qu'il y avait des phases, que ce n'est pas linéaire. Maintenant ça va.

Et vous monsieur? Votre vécu?

- On a fait le choix ensemble. Pour nous c'était évident, qu'on allait partir sur l'allaitement plutôt qu'au biberon. Pour moi au début c'était assez dur, même encore aujourd'hui, car l'allaitement c'est une relation assez exclusive entre une mère et son enfant. C'est assez difficile, surtout dans les premiers temps, où les besoins de l'enfant sont très primaires on va dire, c'est très difficile pour le papa de trouver sa place, enfin je l'ai ressenti comme ça. Dès le début quand bébé arrive, pour papa qui ne connaît pas du tout cet enfant en fait. Madame l'avait portée pendant neuf mois, il y a un lien qui existe, et ça continue à travers l'allaitement. Pour moi c'était assez compliqué, ça me frustrait on va dire, beaucoup, car le lien que j'avais avec mon enfant, c'était essentiellement de changer les couches, essayer de la rassurer quand je pouvais, quand j'y arrivais surtout. Le début c'est pas forcément facile. Je pense que chaque relation est différente (rire). Maintenant ça va un petit peu mieux on va dire, dans le sens où Z. est encore plus éveillée, quoi qu'en ce moment elle a une phase « maman ».
- Oppression maximale (rire).
- Oppression max (rire). Mais là ça va, elle accepte qu'on joue ensemble, elle commence aussi à m'assimiler quoi. On a cette chance aussi, enfin on prend ça comme une chance, du fait que tu n'aies pas travaillé. Tu étais avec elle tout le temps quoi.
- En fait il n'y a pas que la différenciation sur le fait que j'allaites c'est sûr, plus le fait que je sois à la maison. Je suis avec ma fille depuis sa naissance. Mon travail... j'étais en fin de contrat, ça ne se passait pas très bien donc je n'ai pas voulu poursuivre. Après j'ai pris le temps avec elle, je le voulais. Là je cherche, mais je suis encore avec elle. Je suis tout le temps avec elle. Ce qui n'a pas été facile non plus, c'est que je suis d'origine bordelaise, des fois je rentre à Bordeaux, mais pas pour deux jours, plutôt cinq/sept jours, et des fois je la prenais avec moi, monsieur n'était pas là car il travaillait. Ce qui a été le cas avant le confinement. On est presque parti deux semaines, après je suis revenue, c'était le confinement et monsieur est tombé malade. Donc ça n'a pas aidé. Il n'y avait que moi. En tant que couple et en tant que parents, on a un équilibre qui n'est pas là et qui est fragile, on est en train de le trouver. Il y a des parents autour de nous, ça a été plus rapide et évident, nous, de part la façon dont ça s'est fait, notre personnalité, c'est plus long à ce qu'on trouve un équilibre à trois. Pas parce qu'on est malheureux, mais que ça soit équilibré. Par exemple c'est moi qui ai bébé tout le temps, car elle me demande moi, ça s'est renforcé. Des choses qui se sont un peu ancrées, des habitudes qui se sont prises et difficiles à rétablir.

Comment s'est passée la reprise du travail monsieur?

- J'ai repris dès le mois de septembre, elle est née en juillet, j'ai eu le mois d'août. Je n'ai jamais arrêté depuis... Enfin, jusqu'au confinement, c'est vrai que je la vois beaucoup moins. Là, après, on essaie de voir le verre à moitié plein. Pour nous le confinement ça a été une chance car je peux vraiment profiter d'elle. Comme le disait madame, pour nous c'est toujours compliqué, on essaie de remonter à trois.
- Enfin à quatre avec le chien (rire).
- Du coup à trois, on va dire, et de trouver un équilibre, de trouver une parité dans notre gestion du quotidien. Bien sûr on ne voit pas Z. comme une corvée du quotidien mais elle demande beaucoup de temps et d'attention. C'est difficile et particulièrement pour moi, car j'ai du mal à faire le deuil encore sur le fait d'avoir moins de temps libre. De

temps personnel à soi, où on se consacre à soi, à ses activités. J'aime bien bricoler. Même encore aujourd'hui j'ai du mal, mais ça va un petit peu mieux. Ça veut dire aussi accepter de revoir sa façon de vivre, son quotidien, ses activités. Je me suis rendu compte il y a très peu de temps, que quand on est en couple sans enfant, on peut avoir un peu d'égoïsme, on peut prendre du temps pour soi, s'il n'y a rien à faire, chacun fait ses activités. Dès qu'on a un enfant, bé en fait non, il faut fonctionner en équipe, sinon ça ne fonctionne pas. Parce qu'on voit très vite, j'ai pu en faire l'expérience, on a beau aimer son enfant de tout son coeur, à un moment on sature. On pète un câble car elle demande « trop », beaucoup, elle a besoin d'amour, d'attention. En plus on a une petite fille qui est géniale, demandeuse à fond. Elle est toujours à deux cents pour cent (rire). Ce n'est pas évident. On se relaie, pas le choix. Et à la fois de se relayer et d'être ensemble, tous les trois je dirais. De prendre du temps tous les trois, de s'occuper d'elle mais ensemble.

Et du temps pour tous les deux? Vous en trouvez?

- Tous les deux c'est rare. On a de la chance, elle a fait ses nuits rapidement, elle dort pas mal. Au bout de deux/trois mois elle dormait très bien. Même à la maternité elle dormait beaucoup. Après en ce moment, elle dort peu, mais pas la nuit. Elle ne dort pas la journée, mais elle dort la nuit. Au moins on a pu dormir. Après quand elle ne dort pas la nuit en plus, de m'occuper d'elle la journée, c'est compliqué pour moi. Je supportais moins bien. On a eu du temps, car on dormait à deux. On a eu un co-dodo au début. On a pu rapidement faire la transition et la mettre dans sa chambre. Donc on était tous les deux, c'est des temps à deux, mais on discute, on dort. Ce n'est pas pareil que quand tu fais des activités.
- On a peu de temps à deux.
- Oui, car on a vu nos familles aussi. Quand elle est née. Que ce soit à Noël, toutes les vacances... On a beaucoup de temps avec nos familles mais pas que tous les deux. Même à trois en fait. C'est souvent toi et elle, ou moi et elle, plus la famille, les copains, mais que à trois c'est plus rare. Quand il y en a un avec elle, l'autre en profite pour faire autre chose. Ou alors on cuisine, on ne va faire des grosses randonnées comme avant.
- On a eu très peu l'occasion de se retrouver vraiment à deux. Ce sont des petits moments d'intimité.
- Plus quand on dort ensemble.
- Le moment où on se retrouve c'est le soir, quand on est couché et qu'elle dort. Ou au moment de la sieste et encore.

Vous avez pu retrouvé une intimité dans ces moments à deux?

- On l'a retrouvée assez rapidement, quelques semaines après sa naissance. C'est juste que ce n'est pas comme avant, ce n'est pas linéaire, il y a des moments. Quand elle était toute petite, elle dormait vraiment beaucoup, il y a plus le temps dans ces moments là, que là elle est hyper dynamique. Il y a des moments où c'est plus compliqué. Par exemple, monsieur a été malade pendant trois semaines, j'étais revenue une semaine à Bordeaux, il y a des moments où on ne se voit pas, où on a peu d'intimité ensemble et puis d'autres moment où ça va tourner et où ça va aller. Si on n'est pas d'accord et qu'on s'engueule beaucoup, forcément on n'a pas trop envie, comme tout le monde.
Je me posais la question avant qu'elle naisse, en me disant « mais comment on fait? Si elle dort? Si elle est à coté de nous? Si elle se réveille? ». En fait sur le moment, on n'est pas dans un film, ça ne prend pas trente heures... On trouve toujours le moment. Pour se retrouver. Elle dort un bon moment, on sait qu'elle dort, on n'est pas inquiet.
- On n'a pas de problème avec ça.

Il y avait des freins éventuels à la reprise?

- Non, on a mis au moins trois ou quatre fois avant que ça n'aille vraiment bien. La première fois, ça me faisait mal. Je l'ai dit direct par contre. Le truc important pour moi était de ne pas me précipiter, j'avais peur que ça abîme un truc, la sensation me faisait vraiment ça. J'ai dit qu'on allait prendre le temps. La sage-femme nous a bien accompagné là-dessus.
- Elle était très sympa.
- Claire et rassurante.
- Elle était très claire, elle nous a dit « n'hésitez pas à utiliser des moyens externes, style lubrifiant ou des choses comme ça », de faire ça en douceur. L'accouchement est déjà une expérience tellement traumatisante pour le corps de la femme... C'était assez clair pour tous les deux qu'on reprendrait doucement et qu'on prendrait le temps qu'il faudrait.
- On ne voulait pas forcer la chose et finalement c'est revenu naturellement, c'est revenu plus vite qu'on ne pensait. On n'a pas attendu trois semaines. Au bout d'une semaine j'avais envie des fois, mais je me suis dit « ha c'est quand même bizarre, on va attendre encore un peu », vu que dans ma tête il y avait une histoire de six semaines... Quand j'en ai parlé à ma sage-femme elle m'a dit que c'était déconnecté, qu'il n'y avait rien d'abîmé. Je me suis dit « ok ». Et je crois que la semaine d'après on a essayé.
- Petit à petit, on a retrouvé
- On en a rigolé en fait, car le corps n'est pas le même, dans nos sensations c'est différent.
- Ha ouais clairement.
- Mais ça ce qui est cool, c'est qu'elle nous avait prévenu. Le fait d'avoir été prévenus, on pouvait se parler, se dire « houlala c'est bizarre ». Je peux parler facilement, lui aussi, il n'y a pas de problème là dessus pour discuter de ça. C'est plutôt bien.
- C'est même plutôt sain je pense, il faut en parler. D'avoir l'impression que c'est quelqu'un d'autre... Enfin voilà. Il ne faut pas hésiter à en rigoler aussi, il faut dédramatiser, le corps a changé, ça va mettre du temps à tout se remettre en place, à « cicatriser ». Même aujourd'hui, je pense que c'est avec le temps, qu'on se connaît plus, il y a des fois où nos rapports sont des fois très intenses, je ne sais pas si c'est plus qu'avant.
- Ce n'est plus pareil, je n'ai pas la même relation au corps, sur le moment ça va, mais heureusement que je ne pense plus. J'ai confiance en lui, la durée de notre relation, il m'a vue accoucher. Je pense qu'à partir du moment où il m'a vue accoucher... Le but étant que ce soit physiologique au début, je l'avais préparé à ce que je fasse des bruits bizarres, à me mettre dans toutes les positions bizarres, qu'il peut se passer tout ce qu'il peut se passer (rire). Du coup, jamais personne ne m'a vue comme ça, c'est animal quoi. Maintenant ça renforce ma confiance, je pense que ça serait difficile pour moi sinon, car mon corps n'est pas le même, j'ai grossi, je n'ai pas tout perdu, mon ventre a craqué de partout... Enfin des séquelles, à un moment donné je le pense comme ça, j'ai des séquelles physiques, je ne retrouverai jamais mon corps de jeune fille, car mon ventre a vraiment craqué. Tu n'es pas à l'aise avec ton corps, soit tu ne l'apprécies pas ou tu ne l'adoptes pas entièrement. Maintenant ça va, ça fait neuf mois. Je me regardais dans le miroir, je pleurais des fois, c'était trop dur. Non pas qu'avant je me trouvais être une bombe latine, il faut accepter cette transformation même si c'est en plus ou en moins bien. Tu changes en peu de temps, c'est intense et court.

La sage-femme vous avait donc donné des informations sur le post-partum notamment sur la sexualité?

- Oui, une de nos séances était sur l'après. Un des derniers modules de préparation à l'accouchement y était dédié. On ne l'a pas fait ensemble, car il était en déplacement, il y a plusieurs séances qu'il a loupé. On a du choisir celles auxquelles il fallait vraiment qu'il assiste, comme la respiration et m'aider. L'après, j'en ai discuté seule avec la sage-femme, j'ai essayé d'être le plus exhaustive possible, j'en ai parlé avec monsieur après.
Après on en a parlé avec elle quand Z. est née et qu'elle est venue nous voir, on était à l'aise sur ça avec elle, car on s'entendait très bien avec elle.
- Elle n'hésitait pas à en parler en plus.
- On a fait quatre sages-femmes, j'ai trouvé la mienne très tard. Car c'est moi qui faisais les démarches, j'ai d'abord cherché à domicile, puis en plateau technique. Il y avait l'ordre des tarifs qui nous incommodaient.
On en a vu une avant et c'était pas ça, du coup je me suis dis « non, il faut en essayer une autre », il fallait vraiment qu'on se sente bien avec elle, j'avais dit à monsieur, c'est une relation de confiance qu'on a avec elle, elle va nous aider à avoir un bébé, c'est notre premier. Je suis quelqu'un de sensible, j'ai besoin que ça se passe bien.
- C'est important que pour notre premier enfant, on ait un suivi adapté, qu'on ait un bon feeling. Pour nous c'était important.
- C'est intime.
- Carrément. Je sais que dans ma famille on ne parle pas vraiment de ce genre de chose, on n'a personne à qui se confier, on est ici dans un endroit où on n'a pas de proche.
- Nous sommes tous les deux éloignés de notre famille, surtout moi.
- Pour nous c'est très important d'avoir quelqu'un à qui parler librement et qui puisse nous donner des réponses, nous accompagner. Pour nous c'était top.

Pour vous cela serait donc judicieux qu'un professionnel de santé aborde ce sujet systématiquement?

- Oui.
- Ha oui je pense.
- Pour nous, ça faisait partie des préparations à la naissance, elle nous avait proposé des cours, et elle les adaptait en fonction de nous. On choisissait les sujets, surtout qu'on faisait un accouchement physiologique. Pour nous les questions de sexualité c'était important d'aborder ce sujet. On n'y avait pas pensé mais on trouve que c'est bien qu'elle l'ait abordé.
On aurait aimé aussi savoir d'autres choses, pas forcément sur la sexualité... Remarque, après on n'aurait pas été parents (rire).
- C'est vrai, que de tout dire à l'avance... Il y aurait peut-être moins de naissance (rire).
Ça dépend aussi de la sensibilité de chacun, mais c'est clair et net qu'il faut en parler il y a un changement qui se crée. Chaque couple et chaque naissance est différente, mais pour nous ce n'est plus du tout comme avant, mais il faut l'accepter.
- Quand même notre conjoint nous a vu dans un état... Pour moi c'était un traumatisme, je me disais « il m'a vue dans un état comme ça, est-ce qu'il va bien vouloir refaire l'amour? ».
- L'accouchement c'est vraiment une expérience qui est traumatisante, pas dans le sens négatif, c'est marquant, ça marque personnellement et ça marque le couple. Je l'ai vue comme je l'ai jamais vue et personne d'ailleurs. Je me suis dit à ce moment là que ça avait l'air vraiment douloureux, et en effet, on réalise vraiment ce que c'est de sortir un être vivant de son corps à l'accouchement. Quand on le voit dans des bouquins ou dans des cours, ça nous paraît être une formalité.
- (rire).

- Et en fait non (rire). Pas du tout, on ne nous dit pas tout. Et encore elle a été incroyable. Dès qu'on lui a enlevé le propès, elle arrivait à prendre du recul sur son accouchement, à dire « là, le bébé arrive sur mon périnée ». On s'était énormément renseigné sur l'accouchement, sur comment ça se passait. Du coup je pense que c'était hyper confort pour les sages-femmes car elles avaient des indications avant de lui demander. C'était cool. J'ai halluciné. Ce qui a été le plus difficile et le plus traumatisant pour moi c'est l'impuissance. On a l'impression de la laisser seule dans cette souffrance, on n'arrive pas à savoir de l'extérieur si c'est une bonne souffrance, ou une autre douleur. C'est indescriptible, à sa place je pense que je serais tombé dans les pommes. Moi aussi, ça a changé ma vision sur plein de choses. D'un rapport homme-femme aussi, il y a plein de questions qui se posent, plein de choses qui se jouent. La tolérance à la douleur est complètement différente.
- Il y a le côté hormonal qui joue aussi.
- Bien sûr oui.
- Pour moi le corps d'une femme est magique, je sais que c'est de la science mais aussi de la magie (rire). C'est assez incroyable. J'avais lu un livre qui m'avait particulièrement marqué, c'est vraiment LE livre qui m'a aidé à surmonter tout mon accouchement. J'ai toujours voulu avoir des enfants mais d'accoucher c'est ma première peur... Viscérale! Pour moi c'était « si j'accouche, je meurs ». Je voulais un enfant, mais il fallait passer par là. Il fallait donc le dépasser, donc je devais me renseigner, comprendre et savoir comment faire. D'autant plus qu'on est en mode écolo, c'était important pour moi que ça soit physiologique après m'être renseignée, je voulais y arriver. J'ai quand même eu le gaz, pas la péridurale mais le gaz.

Cela vous dérangerait-il si ce sujet était abordé par votre généraliste?

- Non. Ça ne me gênerait pas car j'ai entièrement confiance en ma généraliste. J'en avais avant avec qui je n'avais pas ce rapport de confiance. Si je n'ai pas un rapport de confiance, ça me gêne que la personne l'aborde. C'est vraiment au feeling de la personne, et après le côté sage-femme c'était dans le cadre de la préparation à la naissance. Dans le cadre où le médecin nous voit avec le bébé et nous pose des questions sur «l'après », dans ce cadre là, comme abordé ici dans l'entretien au fur et à mesure, ça ne me choquerait pas.
- Ça ne peut pas être abordé seulement de façon médicale formelle, il faut qu'il y ait un feeling. Il faut un fil conducteur. Aujourd'hui par exemple je n'ai aucun soucis à en discuter là dans l'entretien, je ne peux pas garantir que j'aurais pu le faire avant d'être papa, avant d'avoir vécu cette expérience. J'aurais sûrement refusé cet entretien, c'est quand même assez personnel, ça relève de l'intime. Quand on est jeune parent, particulièrement pour le premier, il faut que ça soit vraiment quelqu'un avec qui on puisse avoir une relation de confiance et que ça soit quelqu'un qui amène ça d'une manière assez adroite. Il n'y a pas de place pour la maladresse dans ce genre de chose.
- Avec notre sage-femme c'est un des derniers trucs qui a été abordé, et on s'entendait vraiment bien avec elle, au point qu'on la considère presque comme notre pote. On discutait de tout et rien quand elle venait. Que je peux avoir avec le médecin un petit peu, mais moins car elle a beaucoup de patients, la sage-femme prend énormément de temps avec nous, c'est incroyable. En discutant de tout et de rien, elle arrivait toujours sur un sujet qui avait un rapport. Les sujets un peu plus épineux ou intimes arrivaient toujours sur le tapis. C'est parce qu'elle a ce temps là de disponible qu'on a pu avoir ce lien là. J'adore mon médecin, j'ai super confiance en elle, mais par contre c'est toujours hyper chrono... Elle a beaucoup de patients, je ne me verrais pas en un quart d'heure ou même en une demi-heure me confier sur ma vie sexuelle si facilement.

- Quand elle en parle, je pense qu'elle choisit ses mots aussi, elle fait attention aux mots qu'elle emploie.
- Elle était déjà maman deux fois à ce moment là, en plus de son expérience de sage-femme elle avait aussi l'expérience personnelle.
- Ce qui nous a rassuré aussi.
- Je ne me verrai pas me confier à mon gynécologue, déjà, je n'en avais pas, et plus que la relation médicale et physique, on avait vraiment à coeur la relation humaine. Qui nous aide à devenir parents.
Pour les consultations chez le médecin généraliste je bloque toujours deux rendez-vous d'affilée, un peu pour Z. et un pour moi, qu'on ait le temps d'aborder plein de choses. Un quart d'heure c'est trop court, c'est impossible. Maman et bébé sont interconnectés, allaitement ou pas. Surtout si elle reste à la maison, il y a plein de facteurs, l'allaitement, le fait de rester à la maison, juste le fait d'avoir accouché. Si tu n'interroges que sur le vécu de la maman, c'est foutu, car ça peut cacher plein de choses.
- La maman et le papa aussi... Le père on n'en parle pas souvent, c'est un héritage de notre société je pense, qui fait que l'homme ne doit rien laisser transparaître, doit jouer son rôle de père qui travaille, nourrit sa famille... Mais derrière il y a tout un côté émotionnel.
- Qui n'est pas encore admis.
- C'est difficile des deux cotés. Pour le père d'accepter de se confier à un professionnel et pour lui de poser les questions. Le premier réflexe c'est de poser des questions sur la mère. Alors qu'il y a pas mal de papas qui sont en détresse, qui ont besoin d'un coup de main.
- Pour la sage-femme lors des cours de préparation, c'était impératif qu'on y aille à chaque fois tous les deux, sauf cas exceptionnel. On a vu des sages-femmes qui ne parlaient qu'à la mère.
- Notre premier entretien, elle me snobait un peu, c'était inconscient je pense, mais ça m'a un peu braqué, cet enfant on l'a à deux.
- Maintenant les hommes peuvent participer à l'accouchement, mais j'ai l'impression que c'est presque devenu obligatoire. Je lui avais dit, « c'est bien que tu sois là, mais il faut que tu le sentes ». Il ne faut pas se sentir obligé car tout le monde le fait. Que tu le sentes ou pas, ce n'est pas grave, mais il faut juste se le dire à un moment donné. Il y a eu un double effet, avant ils étaient exclus de l'accouchement, maintenant c'est presque obligatoire qu'ils soient là, qu'ils soient soutenant, on ne leur demande pas trop leur avis.
- Pendant les premières années de bébé on a un rôle qui reste assez limité.
- Non je ne suis pas d'accord, ce n'est pas parce que j'allaiter que le papa n'a pas sa place, par exemple j'adore changer les couches de ma fille. Des fois je préférerais la changer plutôt que l'allaiter. Ce n'est pas parce que j'allaiter que c'est forcément facile, comme certaines disent « l'allaitement c'est génial » ou « c'est nul ». C'est très nuancé.
Les papas peuvent avoir une grosse place, c'est juste qu'on ne leur donne pas, même moi en tant que maman, des fois je prends trop de place.
- C'est compliqué, car notre place est là pour la survie du couple, et pour continuer sa construction. Ça peut être compliqué, car des fois notre place peut être en dehors de la relation avec bébé, comme faire des tâches ménagères. C'est dur à accepter. Le post accouchement est difficile, pendant trois jours à la maternité on avait du soutien, tout le temps du monde avec nous et là d'un seul coup on se retrouve à la maison avec un bébé. Tout seul. Trouver sa place ce n'est pas facile.

Merci à vous pour votre participation à tous les deux.

Annexe 4: Fiche de projet de thèse

Fiche de projet de thèse de médecine générale

Thésard: CIRCHANSKI Charlotte

Date de la première inscription au DES de médecine générale : 01/11/2017

Directeur: Dr LUACES Baptiste
Spécialité fonction : Médecin généraliste
Courriel : baptiste.luaces@u-bordeaux.fr

Titre provisoire: Perceptions de la sexualité chez les couples au cours de la première année du post-partum.

Justification de la recherche:

La plupart des patient(e)s n'ose pas aborder le sujet de la sexualité avec un professionnel de santé (1), mais les questionnements sur certains aspects de leur vie sexuelle demeurent, et les patient(e)s peuvent ne pas trouver de réponses à leurs questions dans leur entourage ou sur les divers réseaux sociaux. (2) Ils peuvent donc rapidement se sentir dépassés par les événements, or étant en quête d'un interlocuteur, il serait plus simple pour les patients, qu'en tant que professionnels de santé, nous abordions le sujet en consultation et que nous cassions ces codes de « pudeur ». (3)

La période de post-partum est une période clef concernant la vie sexuelle du couple (4) et nécessiterait d'autant plus d'être abordée en consultation de suivi; en effet il s'effectue des transformations physiques pendant la grossesse et l'accouchement chez la mère, des transformations psychologiques tant chez la mère que chez le père; (5) également l'aspect financier, organisation, temps disponible pour l'autre, rôle joué dans le « nouveau couple » composé d'une personne en plus, peuvent avoir un impact sur la santé et la vie sexuelle des patients. (6).

Question de recherche:

Quelle est la perception des couples concernant leur sexualité durant la première année du post-partum ?

Hypothèse(s): La recherche qualitative étant une méthode inductive, nous n'avons pas d'hypothèse à proposer à ce stade du travail, il s'agit plutôt « d'un territoire à explorer. »

Objectifs:

Objectif principal: Explorer le vécu sexuel du couple au cours de la première année du post-partum.

Objectif(s) secondaire(s):

- faire émerger les besoins des couples en post-partum.

Méthode:

Type d'étude: qualitative.

Population de l'étude: couples en Gironde ayant eu un enfant dans l'année.

Mode de recueil des données: interviews par entretien semi dirigés de couples.

Mode d'analyse des données: analyse thématique

Aspects réglementaires et éthiques:

Nécessité de dépôt du projet auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP): oui.

Nécessité de dépôt du projet auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL): oui.

Résultats attendus:

La sexualité serait un sujet tabou, y compris au sein du couple.

Il existerait des représentations différentes de la sexualité en fonction des couples.

Les couples auraient des craintes particulières sur leur sexualité du post-partum.

Références au format Vancouver:

1. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies*. 2017;26(3),136–145.
2. De Pierrepont C. Post partum et sexualité: ethnographie virtuelle exploratoire de fora de discussion. Mémoire par article présenté comme exigence partielle de la maîtrise en sexologie. Montréal: Université de Québec; 2010.
3. Vial C. Oser parler de la sexualité avec les patients. *Rev Inf*. 2016; (222):27-29.
4. De Pierrepont C, Polomeno V. Rôle du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2014;42:507–514.
5. De Pierrepont C. Post partum et sexualité: ethnographie virtuelle exploratoire de fora de discussion. Mémoire par article présenté comme exigence partielle de la maîtrise en sexologie. Montréal: Université de Québec; 2010.
6. Bender S S, Sveinsdottir E, Fridfinnsdottir H, You stop thinking about yourself as a woman. An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth, *Midwifery* (2018).

Déclaration d'intérêt.

Je soussignée, Charlotte Marguerite Pauline CIRCHANSKI,

n'avoir à priori aucun lien d'intérêt, de quelque nature que ce soit, dans le cadre de la réalisation de ce travail.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Contexte: La majorité des patients a du mal à aborder le thème de la sexualité notamment avec les professionnels de santé, bien que certaines questions demeurent, d'autant plus au cours d'une période charnière de leur vie: le post-partum. Il peut ainsi en découler des interrogations sans réponse. L'objectif principal de notre travail était d'explorer le vécu des couples concernant leur sexualité du post-partum, ainsi que les facteurs pouvant influencer sur celle-ci. Nous avons tenu à obtenir le vécu des deux parents conjointement pour explorer ce phénomène qu'est la sexualité, phénomène se vivant à deux.

Méthode: Etude qualitative par entretiens de couples, semi-directifs avec questionnement en profondeur auprès de parents ayant vécu une sexualité au cours de l'année du post-partum. Après saturation des données, une analyse phénoménologique du verbatim transcrit intégralement a fait émerger des catégories.

Résultats: Quinze entretiens de couples ont été réalisés entre le 11 avril 2020 et le 17 mai 2020. De nombreux facteurs influent sur la sexualité du post-partum et sont intriqués entre eux comme l'allaitement, l'asthénie, la parité mais aussi le bien-être psychologique et l'entente au sein du couple. Mais il en ressort une importance majeure de la communication au sein du couple notamment concernant les difficultés rencontrées. Il est également rapporté le manque d'informations dispensées auprès des couples de la part des professionnels de santé, bien que la majorité des couples trouveraient une utilité à un accompagnement.

Conclusion: Ainsi en découvrant le rôle de plusieurs facteurs influant sur la perception de la sexualité du couple au cours du post-partum, et en mettant en évidence un manque de prévention majeure concernant cette partie de la vie des couples, nous avons pu dévoiler l'importance de développer tant la formation des professionnels de santé que la nécessité de leur implication au cours du post-partum.

Mots-clés: Sexualité - étude qualitative - perception - vécu - couple - médecine générale.

SUMMARY

Background: The majority of patients find it difficult to bring up the topic of sexuality, especially with healthcare professionals, although some questions remain, in particular during a pivotal period in their life: the postpartum period. This can lead to unanswered questions. The main objective of our work was to explore the experiences of couples regarding their postpartum sexuality, as well as the factors that may influence it. We wanted to obtain the experiences of both parents jointly to explore this phenomenon of sexuality, a phenomenon that occurs in pairs.

Method: Qualitative study by interviews of couples, semi-structured with in-depth questioning with parents who have experienced sexuality during the postpartum year. After saturation of the data, a phenomenological analysis of the transcribed verbatim brought out categories.

Results: Fifteen couples interviews were carried out from April 11th 2020 to May 17th 2020. Many factors influence postpartum sexuality and are intertwined with each other such as breastfeeding, asthenia, parity but also psychological well-being and understanding within the couple. But it emerges from it a major importance of the communication within the couple in particular concerning the encountered difficulties. It is also reported that there is a lack of information provided to couples by health professionals, although the majority of couples would find use in support.

Conclusion: Thus by discovering the role of several factors influencing the perception of the couple's sexuality during the postpartum period, and by highlighting a major lack of prevention concerning this part of couples' life, we were able to reveal both the importance of developing the training of health professionals and the need for their involvement during the postpartum period.

Keywords: Sexuality - qualitative study - perception - experience - couple - general medicine.