



HAL
open science

La sexualité du post-partum : vécu des pères

Valentine Fabien

► **To cite this version:**

Valentine Fabien. La sexualité du post-partum : vécu des pères. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04164804

HAL Id: dumas-04164804

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04164804>

Submitted on 18 Jul 2023

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.



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT- AUVERGNE

LA SEXUALITE DU POST PARTUM : VECU DES PERES

MÉMOIRE SOUTENU ET PRÉSENTÉ PAR

FABIEN Valentine

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT- AUVERGNE

LA SEXUALITE DU POST PARTUM : VECU DES PERES

MÉMOIRE SOUTENU ET PRÉSENTÉ PAR

FABIEN Valentine

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier toutes les personnes qui de près ou de loin ont fait que ce mémoire puisse voir le jour :

A Delphine GIOUX pour son professionnalisme et ses conseils toujours bienveillants quant à la réalisation de ce mémoire, ainsi que durant tout mon parcours étudiant,

A tous les professeurs au sein de cette école, qui ont travaillé dur pendant ces quatre années pour que je puisse prétendre être la meilleure sage-femme possible,

A Madame DE CARVALHO pour son aide essentielle concernant la partie bibliographie de ce mémoire,

Aux extraordinaires Sages-Femmes que j'ai pu rencontrer en stage, qui ont toujours été une source de motivation,

Aux pères, que je ne remercierai jamais assez pour leur confiance aveugle et leur parole libérée autour d'un thème encore parfois tabou,

Aux femmes, aux nouveau-nés, de nous laisser à nous Sages-Femmes une place si grande dans ces précieux instants de vie, avec une telle confiance,

A l'ensemble de mes enseignants, de mes trois à mes dix-huit ans, qui m'ont donné cette soif d'apprendre et de transmettre,

A Tony et Alice, mes soleils, sans qui cette vocation n'aurait jamais existé,

A toute ma famille, pour leur soutien pendant ces six années d'études, leur patience et leur amour sans faille,

A mes amies, Chloé, Emma, Laura, Marion, Fleur, Lucie, mes sœurs, mes plus belles rencontres,

A Alexis, pour son soutien et son amour indescriptible au quotidien,

A toi Mamie Monique, pour tout.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

1. <u>INTRODUCTION</u> -----	3
2. <u>REVUE DE LA LITTERATURE</u> -----	5
2.1 Sexualité féminine et masculine-----	5
2.2 Sexualité pendant la grossesse-----	6
2.3 Le Post Partum-----	9
2.4 Sexualité féminine du post partum-----	11
2.5 Sexualité masculine du post partum-----	14
2.6 Rôles et compétences des sages-femmes-----	16
3. <u>METHODE</u> -----	21
3.1 Population-----	21
3.2 Méthode-----	21
4. <u>RESULTATS</u> -----	25
4.1 Description de la population-----	25
4.2 Généralités autour de la sexualité et de la parentalité-----	26
4.3 Sexualité masculine : point de vue des pères-----	31
4.4 Sexualité maternelle vue par le conjoint-----	36
5. <u>DISCUSSION</u> -----	43
5.1 Contraception et sexualité du post partum-----	43
5.2 Vécu de l'accouchement et répercussions sur la sexualité-----	43
5.3 Entente et communication au sein du couple-----	44
5.4 Allaitement maternel et sexualité-----	44
5.5 Vécu des pères sur la sexualité après accouchement-----	45
5.6 Sexualité féminine selon les pères-----	48
5.7 Forces et faiblesses de l'étude-----	49
5.8 Projets d'actions-----	51
6. <u>CONCLUSION</u> -----	54

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

La Sage-Femme est au cœur de la vie des femmes, au premier rang, de la puberté jusqu'à la ménopause. Quoi de plus intime dans la vie d'une femme que sa sexualité ? Où se situe alors la place de la Sage-Femme concernant la sexualité de ses patientes ? Des questions que bon nombre de professionnels se posent.

Leur référentiel métier indique aux Sages-Femmes qu'elles doivent assurer le suivi mère-enfant dans le post partum, et en l'occurrence pour la mère, en recherchant d'éventuels troubles périnéaux et en prenant en charge la contraception du post partum. Rien ne figure sur la sexualité (1).

Dans les recommandations pour les professionnels de santé de la Haute Autorité de Santé, voici ce qu'il y figure : « Des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les difficultés éventuelles ». Cet examen peut être réalisé par la sage-femme en cas d'accouchement eutocique ou bien par un médecin. La sage-femme a donc pleinement son rôle à jouer en ce qui concerne la sexualité du post partum de ses patientes (2).

Ainsi, si notre rôle est d'aider nos patientes dans leur sexualité après un accouchement, ne le ferions-nous pas mieux en connaissant le vécu de leur partenaire intime ? Ces papas rencontrent-ils des difficultés concernant le retour aux rapports intimes dans le post-partum ? Ne saurions-nous pas mieux prendre en charge la sexualité du couple en connaissant les versants masculin et féminin de cette sexualité après la naissance de leur bébé ?

Ces idées conduisent à l'idée d'apprécier le vécu des pères sur la sexualité du post partum et d'identifier les freins éventuels à une sexualité satisfaisante les concernant.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. SEXUALITE FEMININE ET MASCULINE :

1. Définitions :

L’OMS qualifie la santé sexuelle comme étant « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ; il ne s’agit pas simplement d’une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d’infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d’avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence » (3).

La Sexualité comprend : « le sexe biologique, l’identité et le rôle sexuels, l’orientation sexuelle, l’érotisme, le plaisir, l’intimité et la reproduction », ce qui rend parfois sa définition difficile (3).

2. Déclarations différentes en fonction des sexes biologiques :

En termes de sexualité, les déclarations des hommes et des femmes sont différentes : le registre affectif et romantique occupe une grande place dans la sexualité féminine alors que pour la sexualité masculine c’est le désir qui prime. De plus la sexualité masculine serait plus diversifiée que celle des femmes (4).

Cependant, les femmes ont tendance à ne déclarer que les partenaires sexuels qui ont compté sur le plan affectif, ces déclarations sont donc peut-être légèrement biaisées (5).

Les femmes déclarent avoir eu moins de partenaires sexuels que les hommes : une moyenne de 4,4 pour les femmes et de 11,6 pour les hommes. Depuis 1970, ce chiffre augmente pour les femmes alors qu’il ne change quasiment pas pour les hommes, signe de plus en plus d’aisance pour les femmes à oser dire et avoir une sexualité plus libre et diversifiée (5).

3. Echelles d'évaluation de sexualité :

Les échelles d'évaluation des fonctions sexuelles ne sont pas les mêmes pour les hommes et pour les femmes :

- L'IIEF (International Index of Erectile Function) pour les hommes, réduisant l'homme à sa simple fonction érectile et à un seul organe.
- Le FSFI (Female Sexual Function Index) pour les femmes, avec une composante majeure affective et émotionnelle (6).

Les troubles sexuels masculins seraient plus liés à leur corps alors que ceux des femmes se trouveraient en vérité dans leur esprit, ce qui semble légèrement biaisé car la composante psychologique et émotionnelle n'apparaît que très peu dans l'IIEF, qui reste une échelle essentiellement biologique (6).

II. SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE :

Selon les études, les rapports sexuels pendant la grossesse ne présenteraient pas d'inconvénients particuliers. Les seules contre-indications aux rapports sexuels vaginaux pendant grossesse sont la menace d'accouchement prématuré, le risque de fausse couche ou de décollement placentaire ainsi qu'un placenta prævia/recouvrant (2,7).

1. Les hommes :

Les futurs pères sont globalement satisfaits de leur sexualité pendant la grossesse bien que ce soit quelque chose de peu exploré, la sexualité féminine pendant la grossesse primant dans les recherches (8).

En moyenne, 10% des pères ont arrêté les rapports sexuels pendant le 1^{er} trimestre de grossesse, et quasiment 30% au 3^{ième} trimestre. La majorité des pères décrivent une

diminution de la fréquence des rapports tout au long de la grossesse, principalement au 3^{ème} trimestre (8-10).

Environ 65% des hommes estiment être plus demandeurs que leur conjointe à avoir des relations sexuelles pendant la grossesse et 60% déclarent observer une modification de leur comportement sexuel (7).

On peut noter pour les 20-25 ans, une peur de faire mal au futur enfant avec le fantasme du « pénis dangereux pendant l'acte sexuel », plus prononcée que pour les autres classes d'âges. On observe une sexualité plus satisfaisante chez les couples qui avaient une libido « en phase » en pré-conceptionnel, ainsi qu'une sexualité également plus épanouie pour les hommes qui pratiquaient une activité sexuelle fréquente au 3^{ème} trimestre de grossesse (7,8).

Dans de nombreuses études, le syndrome de couvade est relaté : perte d'appétit, nausées, anxiété, insomnies, prise de poids importante. Ces maux peuvent impacter la sexualité masculine pendant la grossesse, au même titre que les maux de grossesse de la femme (10).

2. Les femmes :

En ce qui concerne la sexualité féminine pendant la grossesse, certaines femmes ont recours à l'abstinence essentiellement au 3^{ème} trimestre de grossesse et on note une diminution de l'activité sexuelle féminine de plus en plus visible au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse (9,11).

Des femmes décrivent également une peur de blesser le bébé lors des rapports, en se surajoutant un risque de fausse couche, de rupture prématurée des membranes, de menace d'accouchement prématuré et préfèrent s'abstenir de rapports sexuels par voie vaginale (10,11).

Cette peur de blesser l'enfant semble être commune aux futurs pères et mères (9).

D'autres facteurs influencent la sexualité des femmes enceintes, parmi ceux-ci : les signes sympathiques de grossesse, l'augmentation du volume abdominal, la prise de poids, les modifications corporelles, la religion, le temps de travail, les antécédents médicaux et obstétricaux et l'âge maternel entre autres (11,12).

68% des jeunes mères ne se rappellent pas que leur gynécologue leur ait parlé de sexualité pendant leur grossesse (9).

L'état psychologique de la femme enceinte prend une place importante dans sa sexualité, celle-ci sera plus difficile à vivre s'il y a présence d'une dépression chez la future mère, s'il est difficile pour elle d'associer sexualité et maternité ou bien si elle a des peurs et croyances incompatibles avec une sexualité épanouissante (11,12).

Toutes les études montrent que la satisfaction sexuelle des femmes pendant la grossesse diminue en règle générale, avec des scores FSFI nettement inférieurs à l'avant grossesse (11).

Il est donc primordial en tant que professionnels de santé de donner les bonnes informations sur la sexualité pendant la grossesse aux femmes, et de combattre les idées reçues et fausses croyances à propos de celle-ci (12).

Cela permettrait d'anticiper et d'accompagner d'éventuels troubles sexuels du post partum avec le couple, le plus sereinement possible.

III. LE POST PARTUM :

1. L'allaitement maternel :

L'allaitement maternel occupe une place importante dans cette période familiale charnière, si c'est le mode alimentaire que le couple choisit pour son enfant. La sexualité féminine dans le post-partum peut être perturbée par l'allaitement maternel qui diminuerait le désir et le plaisir des femmes et augmente le risque de sécheresse vaginale. Ces perturbations sont dues à la chute des œstrogènes post accouchement et à un taux de prolactine élevé dans le sang maternel ; la prolactine étant une hormone diminuant la réceptivité sexuelle. L'allaitement peut donc retarder la reprise des rapports sexuels (13–15).

En effet, les femmes qui allaitent encore à 6 mois de post partum décrivent moins de plaisir sexuel que celles qui n'allaitent pas ou plus (16).

Les orgasmes sont décrits moins intenses pour les femmes allaitantes, et redeviennent comme précédemment en terme d'intensité une fois l'allaitement terminé (9).

Il y a plus de risques de dyspareunies à 3 et 6 mois de post partum en cas d'allaitement maternel (17).

De plus, l'allaitement maternel peut engendrer de la fatigue et il est décrit que les femmes allaitantes se sentent sept fois moins attirantes que les femmes non allaitantes, ce qui freine la sexualité du couple.

Lors du rapport sexuel, avec l'ocytocine sécrétée chez la femme par le plaisir ressenti et l'affection pour son conjoint, il peut se produire un réflexe d'écoulement mammaire ainsi

que des contractions utérines, ce qui peut provoquer une gêne pour les deux partenaires et être douloureux pour la femme (9,12,18).

Cependant, dans d'autres études, l'ocytocine sécrétée chez la femme allaitante faciliterait les phases d'excitation, de désir et l'orgasme car c'est l'hormone du plaisir (12).

2. Période de bouleversements psychologiques :

Le post partum constitue une véritable période de remaniements psychologiques pour les deux parents. La santé psychique a donc toute son importance dans ce moment de vie charnière pour cette nouvelle triade qui doit se découvrir. Il faut veiller à dépister le baby-blues qui arrive généralement durant la première semaine de vie du bébé et la dépression du post partum qui survient plus tard et est plus difficile à détecter, cette dernière étant la difficulté psychique la plus courante (14,19,20).

A six mois de post partum, les femmes en dépression ont en règle générale moins repris les rapports sexuels et ont plus de troubles sexuels que les autres femmes non atteintes de dépression postnatale (19).

Il ne faut pas privilégier la santé physique au détriment de la santé mentale qui est tout aussi fondamentale (14,20).

Cela peut s'avérer fatal, avec un taux de suicide maternel du post partum de 1,4 pour 100 000 naissances vivantes, soit 35 décès par suicide maternel entre 2013 et 2015 par exemple (21).

Les femmes ont besoin de réassurance dans cette période complexe, cela passe par le soutien à la fois de leur conjoint mais également du professionnel de santé (sage-femme/gynécologue) qui se doit de répondre aux besoins en terme de sexualité de la

femme, pour qu'elle se sente le plus en confiance possible dans cette difficile période qu'est le post partum (22).

3. Effets bénéfiques des relations sexuelles :

Les études prouvent que si les deux partenaires sont actifs sexuellement et épanouis pendant la grossesse, il y a plus de chances qu'aux quatre mois de leur enfant leur relation soit plus tendre et davantage basée sur la communication que les couples qui ont eu une sexualité peu satisfaisante (9).

Le maintien des relations sexuelles pendant la grossesse favoriserait même une intimité plus profonde pour l'avenir du couple ainsi qu'un meilleur état de santé sexuel (23).

IV. SEXUALITE FEMININE DU POST PARTUM :

La sexualité féminine dans le post-partum peut être perturbée par l'allaitement maternel qui diminuerait le désir et le plaisir des femmes. L'allaitement peut donc retarder la reprise des rapports sexuels (13).

1. Déroulement et vécu de l'accouchement :

L'accouchement ainsi que son vécu jouent une grande part dans la reprise de la sexualité. Dans la littérature, la sexualité est souvent confondue avec les rapports vaginaux, c'est pourquoi la reprise des relations sexuelles est souvent assimilée aux rapports avec pénétration vaginale. En moyenne, à six semaines de post-Partum 41% des femmes ont tenté de reprendre les rapports sexuels contre 94% à six mois (24).

A douze mois de post partum, 2,2% des femmes n'ont pas repris les rapports sexuelles et 3,4% les ont repris mais sans pénétration vaginale (12).

A dix-huit mois de post partum, il reste encore 2% des femmes qui n'ont pas repris les rapports sexuels.(16).

On constate que l'activité sexuelle est reprise plus tôt que les rapports vaginaux (24).

Les femmes ayant eu une épisiotomie, une déchirure vaginale ou ayant été aidées pour le dégagement fœtal par des forceps reprennent moins les rapports vaginaux que celles qui ont eu un accouchement spontané par voie vaginale avec un périnée intact. Il en va de même pour celles ayant eu une césarienne.

Evidemment les interventions et le vécu autour de la naissance de l'enfant jouent un rôle majeur dans le retour de la sexualité, la présence de lésions périnéales entraînant parfois des dyspareunies, des neuropathies avec possibilité de pertes de sensibilité vaginale, de béance vulvaire, d'incontinences urinaires voire anales. Tous ces facteurs entrent en jeu dans la reprise de la sexualité du post partum (14).

2. Autres caractéristiques freinant la libido féminine du post partum :

L'allaitement maternel, tout comme une extrême fatigue depuis la naissance du nouveau-né sont des éléments en défaveur d'une reprise précoce des rapports sexuels (24).

Les délais de reprise des rapports sexuels vaginaux peuvent aussi s'expliquer par des arguments culturels et religieux. Par exemple dans les couples noirs africains, c'est souvent l'homme qui est à l'initiative de cette reprise et dans 53,8% des cas, le couple attend le retour de couches de la femme pour reprendre l'activité sexuelle (25).

Parmi les facteurs qui influenceraient négativement le retour à une sexualité précoce et épanouissante, on peut citer les mères célibataires, divorcées, les mères souffrant de dépression, les femmes ayant trente-cinq ans ou plus, le manque d'informations sur la

sexualité du post partum, le manque de confiance en soi, une transition à la parentalité difficile, peu de communication au sein du couple (12,14).

La fréquence des rapports sexuels est nettement diminuée dans le post partum. L'image que les femmes ont de leur corps impacte aussi négativement le retour à une sexualité épanouissante. On constate que ces changements corporels posent moins soucis pendant la grossesse qu'en post partum. Après la naissance, il faut accepter ce nouveau corps, anciennement centre de toutes les attentions et qui, à présent ne porte plus la vie d'un autre être (12,22,26).

3. Plaisir sexuel et pratiques sexuelles, éventuelles douleurs :

A savoir que les femmes, se sentent généralement moins en confiance dans ce nouveau corps à appréhender, moins désirables et on constate que leur désir sexuel diminue de ce fait (14).

Les pratiques sexuelles reviennent vite à la normale en post partum, bien qu'elles aient changé pendant la grossesse(26).

Il peut s'agir par exemple des positions sexuelles, qui peuvent devenir de moins en moins variées au fur et à mesure de la grossesse (9).

Concernant le plaisir sexuel féminin, il concerne 76-79% des femmes avant la grossesse, plus que 59% des femmes au 1^{er} trimestre de grossesse et seulement 40-41% au 3^{ème} trimestre. On peut donc conclure que la grossesse impacte négativement le plaisir sexuel féminin (9).

Il peut y avoir des douleurs présentes au moment de la reprise de l'activité sexuelle, c'est ce qu'on appelle des dyspareunies. Les femmes avec un périnée intact présentent moins

de dyspareunies que les autres, mais le degré de déchirures périnéales si déchirures présentes, n'influence pas les dyspareunies à trois et six mois de post partum. Les dyspareunies sont davantage présentes à trois mois post accouchement chez des femmes ayant eu des épisiotomies que chez les femmes au périnée intact (17).

Les études montrent toutes qu'après six mois de post partum, il n'y a plus de lien significatif entre les lésions périnéales et les dyspareunies (14).

V. SEXUALITE MASCULINE DU POST PARTUM :

Peu d'études s'intéressent à la sexualité masculine ; encore moins dans la période du post partum. Il serait intéressant de pouvoir réellement faire le parallèle entre la sexualité du post partum féminine et masculine.

Il est important d'avoir en tête que les hommes peuvent, eux aussi, être atteints de troubles du désir dans le post partum. Cela concerne 41% des pères qui ne souffrent pas de dépression et plus de 87% des pères présentant des symptômes dépressifs.

1. Harmonie au sein du couple devenu parents :

L'investissement et la qualité de son engagement en tant que père et mari sont des critères essentiels au maintien d'une sexualité épanouie et d'une relation basée sur la communication (12).

A noter que les troubles sexuels semblent perdurer dans le temps si l'investissement du père envers sa femme et son enfant est jugé insuffisant ou bien si la qualité de son couple vacille (12).

A contrario, si le couple est en harmonie, que les partenaires s'apportent un soutien mutuel et que l'entente est bonne avant l'arrivée de l'enfant, cela est de bon pronostic pour leur sexualité à venir (14).

2. Dépressions postnatales paternelles :

On observe même chez les pères d'authentiques dépressions du post partum, sujet sensible à aborder car bien trop souvent tabou. En fonction des études, elles représentent entre 8 et 17% des pères, ce qui est conséquent, sachant que bien souvent la dépression paternelle est associée à une dépression maternelle (12,27).

Parmi les facteurs de risque de dépressions postnatales paternelles, on retrouve le sentiment d'inefficacité face aux soins du bébé (12).

3. Une place paternelle parfois difficile à trouver :

Un autre élément qui peut déranger le couple dans son intimité c'est le partage de la chambre conjugale avec le nouveau-né. Dans 78% des cas d'une étude américaine, l'enfant dort encore avec ses parents à trois mois et cela empêche 10% des couples d'entamer un rapport sexuel par peur de réveiller le bébé (12,22).

Cette réelle période de transition peut être difficile à vivre pour le nouveau père qui peut parfois se sentir à l'écart de ce binôme que forme sa compagne et son enfant et mettre du temps à trouver sa place. De plus, il peut avoir des difficultés à continuer de percevoir sa femme comme telle et non pas seulement comme une mère (14,18).

VI. ROLES ET COMPETENCES DES SAGES FEMMES :

Les objectifs des programmes de santé sexuelle d'aujourd'hui sont ceux-ci :

- Combattre les violations des droits de l'Homme en matière de sexualité
- Permettre aux gens d'avoir des relations sexuelles qui leur semblent satisfaisantes et sans risques
- Pouvoir répondre aux préoccupations en matière d'orientation sexuelle et d'identité sexuée (3).

1. Visite postnatale :

L'examen postnatal, qui doit être réalisée dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement est obligatoire. Il peut être réalisé par un médecin ou une sage-femme en cas d'accouchement eutocique. C'est un temps d'échange entre le professionnel de santé et la patiente où l'on peut évoquer des sujets tels que le vécu de l'accouchement, le post-partum immédiat, le retour à domicile avec l'alimentation du nouveau-né ou bien le sommeil (2).

Il est en moyenne réalisé à 4,4 semaines de post partum (28).

Il est également question lors de cette visite de parler de contraception car qui dit reprise de la sexualité dit risque de grossesse, il faudra donc évaluer l'observance de cette contraception provisoire car 30% des femmes l'abandonnent ou ne l'entament pas (28).

La Sage-Femme se doit d'informer la femme que la sexualité peut être reprise à tout moment du post partum, dès que le désir et l'envie se font ressentir pour les deux partenaires, mais qu'il est préférable d'attendre deux semaines pour éviter la désunion des sutures et que les saignements se tarissent (14).

Les signes évocateurs d'une dépression du post partum doivent toujours être recherchés par le professionnel, on s'inquiètera également de la qualité de l'environnement affectif

de la patiente et du nouveau-né. La question sur la reprise et la satisfaction des rapports sexuels doit être posée ainsi que celle sur d'éventuelles difficultés rencontrées. Cette visite est aussi un temps propice à l'évaluation du plancher pelvien dans une démarche éventuelle de rééducation du périnée (2).

Lors de la visite postnatale, il est question de rechercher d'éventuels troubles sphinctériens et/ou périnéaux afin de déterminer la prise en charge adéquate.

2. Troubles urinaires et sexualité :

On note que quand des symptômes sphinctériens (urinaires et/ou anaux) sont présents chez la femme, l'évaluation de la fonction sexuelle féminine est nettement plus basse, d'où l'intérêt en tant que sage-femme de pallier ces tracas quotidiens pour donner la chance aux couples d'avoir une sexualité plus épanouissante (26).

Les recommandations pour la rééducation périnéale du CNGOF sont de l'effectuer pour traiter une incontinence urinaire persistante à trois mois de post partum ainsi qu'une incontinence anale. Elle n'est pas indiquée en cas de prolapsus ou dyspareunies (20).

3. Communication entre professionnels de santé et patiente autour de la sexualité :

La Sage-femme se doit aussi d'expliquer à ses patientes « la physiologie de la fécondité, des cycles et de la vie sexuelle, en instaurant le dialogue autour de la sexualité avec la femme/le couple » (1).

Les professionnels de santé se doivent de dire aux futures mères et pères que la reprise de la sexualité en post partum peut prendre du temps et leur donner des informations sur ce qui peut les attendre en termes de sexualité de couple avec un nouveau-né (23,24).

La communication brève relative à la sexualité nous apprend comment aborder un dialogue autour du thème de la sexualité. Il faut évidemment se rendre disponible pour le ou la patiente ; nous nous devons en tant que professionnels de santé d'intervenir avec une approche personnalisée et de toujours proposer des solutions (3).

Les femmes enceintes désireraient plus d'informations sur la sexualité pendant la grossesse et du post partum, sujet peu ou pas abordé selon les études (11).

Elles ont tendance à se tourner vers la famille, les amis proches, ou même à aller sur internet à la recherche d'informations concernant la sexualité du post partum, n'osant en parler aux professionnels de santé que dans 15% des cas (14).

En regardant dans les fora internet, on constate que les femmes se plaignent du manque de prise en compte du côté affectif et relationnel de la reprise de la sexualité par les professionnels de santé, ceux-ci ne s'intéressant dans certains cas qu'à la reprise de l'activité sexuelle en elle-même et au risque de grossesse que celle-ci occasionne si la contraception n'est pas optimale (29).

Les professionnels, de leur côté disent se sentir peu compétents et pas assez bien formés sur ces thématiques-ci (14,29).

76% des professionnels de santé, se sentant peu à l'aise et en manque de connaissances, avouent adresser les femmes vers des spécialistes quand elles évoquent leur sexualité (14).

C'est pourquoi, entre autres, un plan de stratégie nationale en santé sexuelle a été développé pour 2017-2030 dans lequel il est question de renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé de 1^{er} recours essentiellement (sages-femmes compris) ; le but étant de tous posséder des connaissances solides sur des thèmes tels que

la sexualité et de dialoguer avec notre patientèle sans gêne, en toute empathie, avec des démarches personnalisées et des prises en charge adéquates (30).

METHODE

I. POPULATION :

1. L'échantillon de l'étude :

Il s'agit d'un échantillon de pères, recrutés via les réseaux sociaux avec un message d'annonce les invitant à participer à mon étude et à me contacter via mon adresse mail universitaire.

Les critères pour participer à cette étude sont les suivants : bien parler et comprendre le français, avoir un ou plusieurs enfants, être père d'un enfant de deux mois à deux ans, être majeur.

Les couples homosexuels ne peuvent être inclus dans cette étude car les sexualités féminines et masculines semblent divergentes, au vu de la revue de littérature.

Au total neuf pères ont répondu présent pour réaliser un entretien semi dirigé. Nous n'avons refusé aucun participant et seulement un papa a finalement décidé de ne pas participer à l'étude après avoir pris contact avec nous.

II. METHODE :

1. Type d'étude :

L'étude choisie est une études qualitative descriptive et interprétative, basée sur des entretiens individuels semi-dirigés.

2. Rappel des objectifs :

L'objectif principal de cette étude est d'apprécier le vécu des conjoints sur la reprise de la sexualité dans le post-partum.

Secondairement, on mettra en évidence les éventuels obstacles à une sexualité du post partum épanouissante chez les hommes.

3. Le mode de recueil des données :

Des entretiens semi dirigés ont été réalisés avec les pères de manière individuelle. Leurs témoignages ont été recueillis via visioconférence avec ou sans caméra selon leur choix. Les entretiens ont été guidés à l'aide d'une grille d'entretien (Annexe 1), qui a évolué au fil du temps. Cette grille nous a permis d'aborder des thèmes autour de la parentalité, autour de la communication au sein du couple, pour venir se concentrer sur le vécu des pères dans le post partum concernant leur sexualité et celle de leur compagne.

Il nous a fallu en moyenne quarante minutes par entretien, la durée que nous avions envisagée était similairement le même. Ceux-ci ont été enregistrés par un dictaphone, avec consentement au préalable des participants. Les pères ont été prévenus dès le début des entretiens, qu'une fois ceux-ci retranscrits anonymement, les données personnelles seraient supprimées.

Le consentement oral a été recueilli avant chaque début d'entretien. A la fin de celui-ci, un temps d'échange a été aménagé avec chaque participant, pour répondre à d'éventuelles questions.

4. Le déroulement de l'étude :

Ces entretiens semi-dirigés ont été réalisés de septembre 2021 à février 2022.

Le recrutement s'est fait par l'intermédiaire des réseaux sociaux, en présentant l'étude avec un bref message sur les pages internet en question et en invitant d'éventuels futurs participants à rejoindre l'étude sur la base du volontariat.

Les pères ont alors pu me contacter par email sur l'adresse universitaire proposée. Un échange de quelques messages a ensuite été nécessaire pour faciliter la programmation des entretiens.

Le choix de la visioconférence a permis de répondre à la problématique de l'éloignement, tout comme le choix d'utiliser ou non la caméra à celle de la pudeur de chacun.

5. Le mode d'analyse des données :

Les entretiens enregistrés ont été retranscrits dans leur intégralité sur le logiciel Word par saisie manuelle.

A partir de ces verbatims, une analyse thématique a été effectuée. L'écriture des parties Résultats et Discussion s'est appuyée sur cette analyse thématique ainsi que sur la grille d'entretien.

Nous pensons ne pas être arrivé jusqu'à saturation des données, certains verbatim coïncidant dans leurs idées mais à contrario, d'autres axes n'ont été évoqués que par un participant.

6. Les aspects éthiques et réglementaires :

Une déclaration auprès du délégué à la protection des données (DPD) du CHU de Clermont-Ferrand a été réalisée pour cette étude.

Une lettre d'informations a été délivrée aux pères participants à cette étude (Annexe 2).
Le consentement oral a été recueilli avant chaque début d'entretien.

Durant cette étude, la confidentialité des données enregistrées et retranscrites a été respectée.

RESULTATS

I. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Pour cette étude, neuf pères ont répondu positivement pour réaliser un entretien semi-dirigé, d'une durée moyenne de 40 minutes.

Ces entretiens ont été réalisés en moyenne autour du douzième mois de post partum, allant de deux mois à deux ans post partum.

Voici exposé ci-dessous, les différents profils étudiés ainsi que leurs caractéristiques familiales. Dans un souci d'anonymat, les pères se sont vus attribuer une lettre aléatoire.

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée :

	Age père (Années)	Domaine d'exercice	Age mère (Années)	Domaine d'exercice	Durée couple	Autres enfants	Moment entretien
Mr A	33	Informatique	30	Serveuse	5 ans	Fils de 2 ans	2 mois PP
Mr B	33	Encadrement	32	EPHAD	6 ans	Non	2 ans PP
Mr C	37	Auto- entrepreneur automobile	38	Expert- Comptable	3 ans	Non	5 mois PP
Mr D	33	Infirmier	32	Infirmière	5 ans	Non	2 ans PP
Mr E	26	Parqueteur	26	Fleuriste	4 ans	Non	4 mois PP
Mr F	25	Plaquiste	26	Coiffeuse	5 ans	Non	2 ans PP
Mr G	30	Chef de groupe chez Vinci Energies	30	Publicité	11 ans	Non	5 mois pp
Mr H	32	Menuisier	31	Kinésithérapeute en pédiatrie	6 ans	Non	14 mois PP
Mr I	33	Educateur spécialisé protection de l'enfance	24	Conseillère bancaire	3 ans	Fils de 4 ans, ancienne union Mr	8 mois PP

II. GENERALITES AUTOUR DE LA SEXUALITE ET DE LA PARENTALITE

1. Communication au sein du couple :

La question concernant la communication au sein du couple fut une des premières questions posées lors de l'entretien. Une majorité des pères s'accordent sur une bonne communication au sein de leur couple avant et après l'arrivée du nouveau-né.

Monsieur C nous dit « *on a plutôt une bonne communication avec ma femme sur tous les sujets, (...), c'est fluide* ». Monsieur G qualifie la communication au sein de son couple comme « *un point fort avec Madame G* ». Tous tendent à se mettre d'accord sur le fait qu'une bonne communication est un point important dans le couple, souvent la clef de bien des problèmes.

Monsieur F évoque une communication difficile avec sa compagne, « *moi je continuais le boulot, et elle, elle restait toute la journée à l'hôpital. On a passé beaucoup de nuits là-bas, c'est donc pas vraiment un lieu où on pouvait se retrouver tous les deux* ».

Deux pères constatent la détérioration de la communication au sein de leur couple avec l'arrivée de leur enfant. « *C'est vrai qu'on communique moins depuis qu'on a des enfants, (...), c'est plus compliqué* » assume Monsieur A, alors que monsieur E confie qu'avec sa compagne ils ont eu « *beaucoup de mal à se comprendre* » et que « *les tensions étaient encore plus présentes* ».

2. Communication autour de la sexualité :

La plupart des pères se déclarent à l'aise avec le thème de la sexualité dans les discussions au sein de leur couple. « *Elle va oser parler de sa sexualité et moi aussi* » déclare monsieur B, « *c'est un sujet avec lequel on est à l'aise* » nous explique monsieur D.

Bien que ce ne soit pas non plus le sujet majeur au sein des discussions de couple, « on ne parle pas vraiment de sexualité, pas parce qu'on n'est pas à l'aise avec le sujet, mais plutôt parce qu'on n'en a pas forcément besoin » (Mr C), la sexualité est facilement abordée par les couples quand le moment se présente.

Seul deux pères déclarent ne pas parler de sexualité avec leur conjointe, « la sexualité on n'en parle pas vraiment » (Mr A).

Un père nous dit même être gêné quant à l'idée d'aborder le sujet avec sa compagne car « *il y a un petit malaise* » entre eux deux autour de ça (Mr A).

Enfin, pour certains couples, discuter de leur sexualité ensemble peut même être un sujet sensible voire conflictuel, comme le déclare monsieur E « *c'est un sujet encore sensible aujourd'hui au sein de notre couple* » et monsieur F « *on avait du mal à se comprendre et on se prenait énormément la tête quand on abordait le sujet* ».

3. Vécu de l'accouchement :

Tous les papas se mettent d'accord sur le fait que la naissance de leur enfant reste et restera un magnifique moment, ils le décrivent comme « *merveilleux* » (Mr A), ils sont « *plein d'émotions* » (Mr D) et « *émerveillé* » (Mr E).

La plupart ont vécu des moments stressants, inquiétants voir traumatisants lors de cet événement qu'est la naissance, mais tous en ressortent admiratifs vis-à-vis de leur compagne. « *Elle a été super courageuse* » (Mr D), « *j'étais extrêmement reconnaissant de tout l'effort qu'elle a accompli ce jour-là* » (Mr E) sont leurs paroles à l'égard de leur compagne.

Deux papas font ressortir certaines problématiques liées au COVID19, avec des « *négociations pour pouvoir rentrer et rejoindre* » leur conjointe et le fait de devoir « *porter le masque tout le temps* », des faits qui peuvent paraître insignifiants mais qui pour eux, à ce moment-là, étaient très « *pénibles* » (Mr A et I).

Deux papas ont vécu une hémorragie du post partum au côté de leur compagne, moment qui les a « *coupé dans leur élan* » d'immense bonheur et qui leur a fait très « *peur* » (Mr A et Mr D).

Quatre papas ont vu arriver le(s) gynécologues/obstétriciens pendant l'accouchement, une sorte d'urgence à laquelle ils n'étaient clairement pas préparés et qui les a chamboulés. « *C'était impressionnant* », « *il y avait des médecins partout* », « *ça a été très soudain, personne ne nous a rien expliqué, on a senti la panique autour de nous* » expliquent Messieurs D, F et G.

Beaucoup relatent aussi cette impuissance souvent décrite face à la souffrance lors du travail et de l'accouchement de leur compagne, se sentir « inutile », « impuissant », « ne rien pouvoir faire pour elle », c'est un sentiment très récurrent dans les récits récoltés.

Certains papas ont été traumatisés de l'accouchement, décrivant des événements « choquants », « brutaux » et « qui n'ont rien apporté de bon » (Mr G et H).

« L'accouchement a eu un gros impact sur notre sexualité » se confie Mr D, tout comme d'autres papas.

4. Lésions périnéales, épisiotomie et instruments :

Il est intéressant de se pencher sur la présence ou non de lésions périnéales chez les mamans, selon les dires des pères, ainsi que sur l'utilisation d'instruments obstétricaux et la pratique de l'épisiotomie.

Dans quatre cas sur neuf, les médecins ont eu recours à l'utilisation de forceps/ventouse ou ont pratiqué une épisiotomie. Ces pratiques n'ont jamais été bien vécues, souvent très peu expliquées voire parfois non consenties. Les pères sont tous conscients que ces interventions ont dû être réalisées face à l'urgence de la situation, mais les vivent pour la plupart comme un événement « choquant », « très mal vécu ».

Chez six femmes, on retrouve des lésions périnéales présentes à la suite de l'accouchement, de plus ou moins haut grade, allant de « quelques points vers la sortie des urines » (Mr A) à « beaucoup de points de sutures » (Mr G).

Les lésions périnéales sont quelque chose de redouté par les pères ainsi que leurs conjointes, au point qu'un couple a même eu recours à une préparation à la naissance avec une kinésithérapeute, avec des exercices d'étirement du périnée afin de prévenir des déchirures périnéales.

5. Paternité :

La place paternelle peut avoir un impact sur l'entente du couple ainsi que sur sa sexualité.

Les papas peuvent au début de la vie de famille, se sentir exclus du binôme que forme le nouveau-né avec sa maman, Mr B nous dit que « *c'était du maman exclusif (...) je n'avais pas l'impression d'être vraiment à ma place* », tout comme Mr E qui nous confie « *j'ai eu du mal à prendre ma place entre les deux* ».

Seulement trois papas sur neuf ont trouvé leur place plus rapidement au sein de ce trinôme, comme Mr C qui nous dit « *je me sens très bien (...), on est vraiment tous les deux égalitaires dans notre couple avec notre fils* », ce qui met dans les meilleures configurations pour penser à une sexualité du post partum satisfaisante.

Les six autres ont tout simplement eu besoin de plus de temps pour trouver leur place au sein de ce noyau familial. Cela a pris quelques mois pour la plupart d'entre eux, « *d'un mois et demi* » à « *quatre mois* » (Mr B et Mr D).

6. Allaitement :

Trois couples ont allaité leur enfant au biberon et les six autres ont opté pour un allaitement maternel, avec une durée moyenne d'allaitement maternel de huit mois, allant de « *trois mois* » à « *dix-huit mois* ».

On constate donc que l'allaitement, en fonction de comment il est vécu par tous les membres de la famille, peut jouer un rôle sur la sexualité du post partum.

Beaucoup de pères disent avoir eu du mal à trouver leur place au sein de l'allaitement maternel, avoir l'impression de « *servir à rien, d'être transparent* » comme l'exprime Mr F. On comprend aisément que de telles pensées n'aident pas un couple à se retrouver intimement.

7. Contraception du post partum :

Une reprise des rapports sexuels implique une contraception si le couple ne désire pas de grossesse, et cette idée même de la reprise de la contraception semble nuire à une sexualité épanouissante selon certains pères.

Quatre mamans ont actuellement un stérilet, un couple se protège avec des préservatifs locaux, deux femmes prennent la pilule hormonale, un couple conjugue pilule et

préservatifs et une femme porte un implant contraceptif. Malgré la diversité de ces moyens contraceptifs, on retrouve quatre couples qui ne sont pas satisfaits de leur contraception actuelle, « *nous ne sommes pas satisfaits du tout de cette pilule* » (Mr E), « *elle n'en est pas satisfaite du tout* » (Mr I).

Les pères relatent aussi une certaine limitation dans le choix de contraception de leur femme, « *elle a un implant mais elle n'en est pas satisfaite du tout car elle saigne très régulièrement mais bon elle ne voulait pas de stérilet et la pilule c'était hors de question pour elle. On laisse l'implant en place pour l'instant et on verra un peu plus tard* » nous dit Mr I. Aucun ne nous évoque de contraception masculine.

On comprend facilement qu'une contraception non satisfaisante soit un frein dans la sexualité du post partum, en raison des risques de grossesse non désirée « *nous avons peur de ravoir un enfant* » (Mr E). De plus, certains pères comme Mr C nous expliquent que la contraception peut même nuire aux échanges sexuels, « *j'en veux à son stérilet car elle saigne très régulièrement et c'est quelque chose qui la dérange d'avoir des rapports alors qu'elle saigne, ce que je peux comprendre* ».

Un père explique même que sa conjointe « *ne voulait plus entendre parler de rapports sexuels* » par peur d'une nouvelle grossesse et de revivre un accouchement traumatisant.

Il est important de comprendre que pour ces couples, sexualité ne veut pas seulement dire « *désir* » et « *plaisir* », c'est aussi l'éventualité d'une grossesse plus ou moins souhaitée.

8. Problématiques éventuelles autour de la sexualité préexistantes :

Trois couples évoquent avec sincérité avoir rencontré des difficultés au sein de leur sexualité avant même l'arrivée de leur nouveau-né. Pour certains, ces difficultés sont apparues avant la grossesse comme en témoigne Mr A « *la sexualité est assez compliquée entre nous deux depuis un petit moment, je ne sais pas vraiment si on reprendra les rapports un jour* » et Mr H qui nous explique avoir une libido plus élevée que sa compagne « *elle n'a pas vraiment besoin d'une fréquence de rapports sexuels élevée, ce n'est pas trop son truc (...)* Depuis le début on a des envies différentes tous les deux ».

La grossesse évidemment impacte la sexualité de nombreux couples, qui admettent avoir dû adapter leur sexualité et ne pas être « *très en accord* » quant au timing des envies de chacun.

Pour ces couples-là, la question de la sexualité après la naissance d'un enfant engage aussi de résoudre certaines problématiques déjà préexistantes au sein de leur sexualité.

III. SEXUALITE MASCULINE : POINT DE VUE DES PERES

1. Appréhensions autour de la reprise des rapports sexuels :

L'appréhension la plus répandue chez les pères interrogés est la « *peur de faire mal* » à leur conjointe à la reprise des rapports sexuels (Mr B, D, E, G, H, I). Mr D nous explique que c'est sa « *plus grosse appréhension* » et Mr I pense même que c'est « *une des appréhensions que tous les papas ont* ».

Mr B va un peu plus loin en précisant que c'est la pénétration vaginale en elle-même dans le rapport sexuel qui inquiète, « *il y a eu forcément un peu d'appréhension au moment de la pénétration vaginale, forcément* ».

Au-delà d'appréhender les rapports sexuels douloureux, une fois que la douleur est présente, deux pères déclarent même se sentir coupable d'infliger cette souffrance à leur compagne, « *c'était moi la source de cette douleur* » (Mr B), « *je me sentais coupable (...), elle finissait en pleurs* » (Mr D).

Une autre inquiétude identifiée chez les pères, moins fréquente, est la peur de ne plus plaire, de ne plus se sentir désirable aux yeux de leur compagne, comme nous le raconte Mr E en nous disant « *avoir l'impression de ne plus l'attirer ni être désirable* ».

« *J'avais peur que ce ne soit plus comme avant (...), que notre sexualité comme avant soit vraiment difficile à retrouver* » se confie Mr I. Plusieurs pères émettent la crainte de ne pas retrouver une sexualité aussi satisfaisante qu'avant, ou de mettre beaucoup de temps avant de la retrouver.

2. Délais de reprise des rapports sexuels :

Un père n'a pas encore repris les rapports sexuels avec sa compagne. Pour les autres la reprise s'est effectuée entre « *trois semaines* » et « *un an* » de post partum, avec une moyenne à 3 mois ½ de post partum.

Plusieurs pères ont été surpris de reprendre les rapports sexuels aussi rapidement, plus tôt que ce à quoi ils s'attendaient comme nous le montre bien Mr C « *nous avons été surpris de la rapidité de la reprise de l'intimité* ».

3. Initiative de la reprise :

Il peut être intéressant de se demander « qui est à l'origine de la reprise de l'intimité du couple ? Est-ce ce que ça s'est fait naturellement des deux côtés ou bien est-ce qu'un membre du couple a été plus initiateur que l'autre ? »

Dans la moitié des cas environ, les deux membres du couple ont chacun eu ce désir de reprendre une sexualité ensemble en même temps et personne n'a réellement incité l'autre à renouer avec une intimité charnelle. « *Ça s'est fait naturellement, on en avait tous les deux envie* » déclare Mr G, « *ça s'est vraiment fait naturellement des deux côtés* » confie Mr H.

Pour l'autre partie des pères interrogés, ils estiment que c'est plutôt eux qui ont été moteur dans cette reprise sexuelle du post partum, « *je pense que c'est peut-être moi qui aie eu envie de reprendre avant elle, je lui ai montré beaucoup d'affection et les choses se sont faites vraiment naturellement* » (Mr C).

On ne retrouve pas de témoignages où la femme serait à l'initiative de la reprise de la sexualité, l'étude n'étant pas assez efficace faute de plus de témoignages.

4. Moyens mis en œuvre pour faciliter la reprise de la sexualité :

Différents moyens sont trouvés par les couples pour faciliter le plus possible cette reprise des rapports sexuels, le plus souvent appréhendée.

Tout d'abord, la majorité des pères dit être patient, « *laisser du temps* » à leur compagne, ne pas leur mettre la « *pression* » sur les délais de reprise de l'activité sexuelle (Mr A, E, G et I).

Accepter que la reprise soit longue et ne pas culpabiliser leur compagne revient aussi dans les témoignages, comme nous le raconte si bien Mr D « *On n'avait pas de rapports et j'étais confiant, pas inquiet (...), je n'en veux à personne, surtout pas à Mme D* ».

Plusieurs couples ont dû adapter leurs rapports sexuels dans un premier temps, les pères se sont « *adaptés* » aux sensations et ressenti des mamans car il est question « *de se donner du plaisir mutuel et non personnel* » comme le rappelle Mr E. L'idée d'y « *aller doucement* » pendant le rapport est quelque chose qui est revenu à plusieurs reprises, d'avoir des échanges intimes « *sans souffrance* » (Mr F).

Un autre moyen efficace pour certains papas fut tout simplement de discuter avec leur compagne, d'échanger sur leur sexualité, ce qui les a par la suite « *détendus* » leur ayant permis de reprendre « *une sexualité normale* » (Mr G). Cela permet aussi à l'homme de « *rassurer* » sa compagne sur les craintes éventuelles de celle-ci (Mr I).

Seul un homme nous a fait part de l'utilisation de « *lubrifiant à chaque rapport* » pour aider à diminuer les douleurs éventuelles.

5. Sexualité du post partum :

5.1. *Plaisir :*

Le plaisir pendant les rapports sexuels après accouchement semble être le même qu'avant, les pères évaluent que ce sont des rapports tout à fait « *normaux* », que « *ça n'a absolument rien changé* » (Mr B, H, I).

Pour d'autres, il a fallu un peu plus de temps à la reprise pour retrouver les mêmes sensations qu'avant l'accouchement lors des rapports. « *Au début je n'avais pas beaucoup de plaisir (...) mais aujourd'hui j'ai le même plaisir qu'avant honnêtement* » nous explique Mr D, tout comme Mr F qui nous dit « *Aujourd'hui on peut enfin dire que tout va bien, (...), autant de plaisir qu'avant pour moi* ».

Seul un papa nous précise qu'il ne ressent aucune douleur.

5.2. *Désir :*

Le désir qu'éprouvent les pères vis-à-vis de leur compagne semble inchangé par rapport à avant l'accouchement, c'est « *toujours le même désir l'un envers l'autre* », « *je la désire toujours autant* » pour Mr B, D, E, G et Mr I.

Monsieur A se livre, « *le plan sexuel n'est pas vraiment dans ma tête en ce moment* », nous expliquant que son désir envers sa conjointe n'est plus le même qu'auparavant.

Cependant, certains ont ce sentiment d'être plus désireux de rapports intimes que leur compagne, « *je la désire toujours autant même si ce n'est pas facile tous les jours et que des fois elle me rejette* » (Mr F).

5.3.Fréquence des relations intimes :

Tous sont d'accord pour reconnaître que la fréquence des rapports sexuels du post partum est nettement inférieure à celle qu'ils avaient avant l'arrivée de leur nouveau-né. Un père nous décrit être passé de « *trois-quatre actes par jour quand nous essayions d'avoir un enfant à deux-trois fois par semaine* » et que « *c'est un sujet encore sensible aujourd'hui* » (Mr E). Mr H nous dit « *maintenant c'est environ une fois toutes les trois semaines* », avouant qu'il aimerait que les rapports soient plus fréquents et que c'est quelque chose de « *compliqué* ».

On retrouve aussi des témoignages dans lesquels « *il n'y a pas de vraie fréquence* » qui se soit réinstallée encore (Mr C).

Un seul couple a retrouvé la même fréquence de rapports sexuels qu'avant leur enfant, deux ans après l'accouchement.

5.4.Satisfaction des rapports sexuels :

Les papas relatent des sexualités du post partum tout à fait satisfaisantes, avec le même plaisir qu'avant.

On note que chez un père, sa vision de la sexualité « *a évolué* », « *je ressens beaucoup plus le besoin de faire plaisir à ma femme, de faire passer son plaisir avant le mien* » nous témoigne Mr C. Pour Mr D, « *il a fallu tout réinventer, ça nous gênait de faire ça devant lui, ce n'était pas vraiment très excitant* ». Pour ces deux hommes, leur sexualité aujourd'hui, bien que satisfaisante, a dû être repensée.

6. Frustrations :

Peu sont les pères à ne pas avoir ou avoir eu de frustrations liées à cette nouvelle sexualité du post partum.

Il y a ceux qui aimeraient avoir des rapports « *plus fréquents* » (Mr E, H et I) et pour qui c'est « *compliqué* » à gérer car comme nous le dit Mr E « *c'est très dur pour moi de désirer ma femme sans pouvoir avoir de rapport* ». La frustration résulte généralement de la diminution de fréquence des relations intimes pour ces papas-là.

La contraception également est un sujet de frustration pour eux car elle est un frein dans leur sexualité, « *On ne le fait pas souvent, j'en veux plus à son stérilet qu'autre chose* » (Mr C).

Cinq pères sur les neuf notent avoir été frustrés de rapports sexuels trop peu fréquents à leur sens.

7. Vision du corps de la conjointe :

Tous m'ont dit trouver leur compagne « *toujours aussi belle* » après ces événements forts que sont une grossesse et un accouchement, qui on le sait, marquent le corps pour toujours.

Certains ont même admis trouver toujours aussi jolie leur conjointe et avoir réalisé qu'elles ont porté la vie, certes pris des kilos mais mis au monde leur enfant. « *Elle a pris des kilos, oui mais je l'aime pour ce qu'elle est et j'ai pris conscience qu'elle a porté la vie* » déclare Mr E, avec émotion.

Monsieur D sera le seul à nous déclarer avoir été « *impuissant* » quant à la vision du périnée de sa femme qu'il qualifie de « *meurtri et douloureux* » dans les premiers jours du post partum.

8. Priorités actuelles :

On ressent tout de suite à travers les récits de ces pères que, dans tous les cas, peu importe leur vécu actuel sur le plan sexuel, leurs priorités ont changé.

Une grande majorité d'entre eux sont d'accord pour dire que leur priorité actuellement c'est leur famille, leur foyer, leur bébé. « *Notre priorité aujourd'hui c'est nos deux enfants* » (Mr A), « *On avait envie de se consacrer 100% à notre fils* » (Mr C).

Le travail prend aussi une grande place dans les préoccupations de la vie actuelle, c'est le cas pour Mr A « *mon boulot prend beaucoup de place aussi* ».

On retrouve un père qui lui, accorde toujours beaucoup d'importance à la sexualité, même avec les nouvelles priorités actuelles, « *la sexualité est encore un sujet de dispute car je suis quelqu'un qui y accorde beaucoup d'attention* » (Mr E).

9. Plaisir personnel :

Un seul père reconnaîtra avoir recours à la masturbation « *de temps en temps, plutôt par besoin que par envie* » (Mr A).

IV. SEXUALITE MATERNELLE VU PAR LE CONJOINT

1. Maternité :

Toutes les conjointes vivent « *pleinement* » leur rôle de maman, selon les dires de leur compagnon, certaines trouvent leur « *place de femme au sein de la maternité* », d'autres sont « *vraiment épanouies* », prennent ce « *rôle très à cœur* » (Mr A, C, D, E, F, G, H, et I).

On observe un isolement familial chez quelques-unes d'entre elles, des « *rappports compliqués* » au sein de la famille avec « *peu de soutien* » (Mr A) ou bien via éloignement géographique car les « *parents habitent loin* » mais sont très soutenant « *à distance* » (Mr D).

Un grand nombre de pères reconnaissent le surmenage de leur compagne avec « *beaucoup de choses à gérer à la maison* » (Mr H) entre le foyer et le nouveau-né, pendant que le papa est au travail la plupart du temps, les premiers mois. Elles se sentent « *enfermées à la maison* », « *tournent en rond* » et se sentent « *seules* » selon Mr B, D et G.

Enfin, les pères expriment ce sentiment de ne pas partager beaucoup de temps à deux depuis qu'ils sont devenus parents : « *on ne partage pas grand-chose tous les deux, (...), on n'a pas assez de temps pour discuter* » (Mr A), « *on n'avait pas vraiment beaucoup de temps tous les deux* » (Mr I).

2. Appréhensions maternelles pour la reprise de la sexualité :

L'appréhension qui revient majoritairement est la même que les hommes, c'est-à-dire la peur « *d'avoir mal* » lors de la reprise des rapports intimes. Beaucoup de ces hommes ont échangé avec leur conjointe à ce sujet et ils nous confient : « *c'était sa plus grande crainte, d'avoir mal* » (Mr D), « *elle m'a fait part de sa crainte d'avoir mal et je l'ai rassurée* » (Mr H).

Ce qu'on peut noter de paradoxal c'est que malgré la peur d'avoir mal à la reprise des rapports, les femmes semblent culpabiliser de ne pas reprendre leur sexualité avec leur compagnon et d'engendrer de la frustration chez eux. C'est ce que nous confient Mr A, F et D, « *ma femme culpabilise beaucoup qu'on n'ait pas repris les rapports sexuels encore* », « *elle culpabilisait de ne pas me donner du plaisir* ».

Seulement un des pères pense que sa compagne n'avait « *pas vraiment d'angoisses* » à l'idée de renouer avec la sexualité (Mr H).

3. Regard des femmes sur leur propre physique :

Tous sont unanimes et d'accord pour dire que les femmes ont beaucoup de mal avec leur corps d'après accouchement, les papas étant plus bienveillants avec ce nouveau corps finalement. Elle ne se trouve « *pas jolie tous les jours* » selon Mr C, c'est « *un frein pour l'intimité* » selon Mr D qui nous livre que sa compagne « *n'accepte pas son corps* » et la conjointe de Mr F se trouve « *grosse* ».

Au vu des entretiens avec les pères, la perception que les femmes ont de leur corps après une grossesse et un accouchement est un critère qui rentre en jeu pour comprendre la sexualité du post partum de chacune. « *Elle ne voulait plus entendre parler de rapport sexuel, elle se trouvait grosse* » se livre Mr F.

4. Fatigue :

Evidemment la fatigue qu'engendre la naissance d'un bébé est telle que la sexualité n'est pour aucun couple la priorité absolue et qu'il est difficile les premiers temps de penser faire autre chose que se reposer lorsqu'on a de petits moments de répit.

La fatigue rend les couples « à fleur de peau », elle « prend beaucoup de place » dans le couple et amène à des « moments de doutes ». (Mr C, D, G et I). Comme le dit Mr C, « c'est ce que j'imaginai et c'est ce qu'il s'est passé ».

« Au fond je la connais, elle est crevée » sont les mots forts de Mr F, qui témoignent de la grande fatigue de certaines mères.

La fatigue maternelle et paternelle semble similaire au vu des entretiens, beaucoup de pères témoignent se lever la nuit pour aider leur compagne et aider en rentrant du travail pour le bain, donner le biberon, changer, pas de différence notable.

5. Dyspareunies du post partum :

Il faut savoir que certaines femmes ont présenté des douleurs périnéales dès les suites de couches, « elle a eu mal au niveau de la vulve (...), elle a eu pas mal de douleurs mictionnelles, aussi à la défécation » confie Mr B, « le plus dur pour nous ça a été l'épisiotomie (...), ça a engendré beaucoup de douleurs » nous dit Mr C à propos de sa compagne. Pour ces femmes-là, la notion de douleur est déjà présente avant de reprendre les rapports intimes.

Viennent ensuite les dyspareunies du post partum, présentes chez quasiment toutes les conjointes des pères interrogés, allant de douleurs lors des « deux-trois premiers rapports » (Mr I) jusqu'à « encore récemment » pour Mr B, aujourd'hui à vingt-quatre mois de post partum. Ces douleurs sont essentiellement décrites pendant la pénétration vaginale.

Aujourd'hui, seulement quelques-unes d'entre elles auraient retrouvé le même plaisir qu'avant l'accouchement lors de leurs rapports. Pour certaines il est revenu assez rapidement, « le plaisir pendant les rapports est revenu assez vite pour elle et pour moi

dès le début de la reprise » (Mr I) et pour d'autres il est revenu progressivement « elle a retrouvé du plaisir petit à petit » (Mr F).

Trois pères ne savent pas vraiment nous dire si leurs conjointes éprouvent aujourd'hui le même plaisir qu'avant lors des relations intimes, Mr C avoue même qu'il faudrait peut-être qu'il pose la question à sa conjointe.

Pour la compagne de Mr H, il nous déclare qu'elle « *n'a pas eu mal* » quand ils ont repris les rapports sexuels, il « *lui demandait souvent* » pour s'en assurer.

6. Durée des dyspareunies :

Pour les couples ayant affaire aux dyspareunies du post partum, la durée de celles-ci varie de quelques rapports sexuels pour la majorité à presque un an pour Mr F, « *il nous a fallu quasiment un an pour pouvoir recoucher ensemble, elle me disait qu'elle avait mal, (...), j'ai retrouvé ma femme petit à petit, un peu plus de 2 ans après la naissance de notre fille* ».

« *Elle a eu quelques douleurs les deux-trois premières fois où on l'a refait et puis après plus rien* » déclare Mr G, « *je dirais que vers la quatrième fois où on a repris, elle n'avait plus de douleurs* » nous raconte Mr I.

7. Désir des femmes :

Selon les conjoints, pour la majorité des femmes le désir est inchangé par rapport à avant l'accouchement, « *elle me dit que son désir est le même qu'avant, que ça n'a rien changé* » dévoile Mr G.

« *Je ne sais pas si elle a envie de reprendre une sexualité avec moi* » nous confie Mr A, pour qui la reprise des rapports sexuels n'a pas encore eu lieu. Il nous exprime l'impression chez sa compagne d'une diminution de désir envers lui depuis l'arrivée de leur enfant.

Pour certaines, il n'est même pas question de désir car la peur d'une nouvelle grossesse était plus intense que l'envie d'avoir des relations intimes, comme c'est le cas de Mme F qui « *ne voulait plus entendre parler de rapport sexuel* ».

Pour Mr E, sa compagne ressent « *moins de désir qu'avant* » et c'est « *un peu frustrant pour lui* ».

8. Communication avec les professionnels de santé :

Ces hommes ont ensuite été interrogés concernant les échanges qu'ont les femmes avec leur sage-femme ou gynécologue autour de la sexualité, toujours selon les dires de leur conjoint et il fut intéressant de constater que les pères sont plutôt bien informés sur le sujet.

Pour cinq sur neuf d'entre eux, leur femme a déjà parlé de sexualité avec un professionnel de santé, « *je sais qu'elles ont discuté ensemble de la reprise des rapports, si ça se passait bien* » nous assure Mr I.

Plusieurs pères affirment que ces temps d'échange entre leur compagne et le professionnel de santé autour de la sexualité les ont beaucoup « *aidés* » au sein de leur reprise des rapports intimes, « *ça nous a enlevé pas mal de pression* » nous raconte Mr G.

Pour d'autres femmes, les visites chez la sage-femme ou le gynécologue restent plutôt « *d'ordre contraceptif* » (Mr A).

Les femmes de Mr B et Mr D se sont, elles, confiées sur leurs douleurs périnéales et elles se sont senties « *écoutées* » et « *comprises* », ce qui semble être gage de relations de confiance pour peut-être, plus tard, évoquer la sexualité du post partum si besoin.

Enfin, les hommes racontent que les femmes voient surtout un professionnel de santé dans le post partum pour leur rééducation du périnée, pour le « *côté médical* » (Mr D).

Les pères sont tous d'accord pour dire qu'il est important que le professionnel de santé questionne sur la reprise des rapports en toute douceur, prodigue des conseils aux jeunes parents et déculpabilise.

« *Je pense qu'il est important que les sages-femmes et les gynécologues posent la question de la sexualité car quand dans un couple la sexualité ne va pas, le couple et la famille peuvent subir* » (Mr C).

« Il me semble utile qu'on prévienne les parents que, après un enfant on fait plus l'amour aussi fréquemment » (Mr I).

DISCUSSION

I. CONTRACEPTION ET SEXUALITE DU POST PARTUM

Ce qui ressort de cette étude en termes de contraception serait plutôt un mécontentement de celle-ci après accouchement, avec un sentiment d'être limité en termes de choix contraceptif. Certains pères vivent même la contraception comme un frein dans leur sexualité.

Pour ce que nous trouvons dans la littérature, « *le large choix contraceptif permet toujours de trouver la meilleure stratégie pour chaque femme tout en respectant les particularités du post-partum* » (13), ce qui contraste avec les témoignages recueillis.

De plus, selon l'étude menée par F. Blangis, on note une mauvaise observance de la contraception chez un tiers des femmes, que cette contraception soit hormonale ou naturelle (28). On peut se demander si les femmes ont toutes reçues suffisamment d'informations pour choisir le moyen contraceptif qui leur conviendrait le mieux.

II. VECU DE L'ACCOUCHEMENT ET REPERCUSSIONS SUR LA SEXUALITE DU POST PARTUM

Notre étude témoigne de bons vécus d'accouchement dans la plupart des cas. Néanmoins, certains pères affirment avoir été « *choqués* », « *traumatisés* » par ce moment et nous affirment que leur sexualité a été impactée d'une manière ou d'une autre par cet instant, aussi beau et saisissant soit-il. Cependant, ils témoignent pour une grande partie d'entre eux d'un manque de fréquence dans la reprise des rapports sexuels, on peut se demander alors dans quelles mesures le vécu parfois traumatique de certains pères interfère-t-il dans leur sexualité du post partum.

Selon l'étude de C. Letang, « *dans 9 % des cas les hommes assistent à l'accouchement pour leur conjointe et non de manière évidente pour eux* » (31), ce qui pourrait expliquer parfois le vécu mitigé de ces hommes.

L. Hébrard cite « *le vécu traumatique de l'accouchement* » comme étant un facteur de risque pouvant influencer la sexualité du post partum (14).

III. ENTENTE ET COMMUNICATION AU SEIN DU COUPLE

Il paraît essentiel de souligner l'importance de la communication et de la bonne entente au sein du couple pour parvenir à une sexualité épanouissante pour les deux partenaires. Dans cette étude, les couples n'ayant pas de mal à discuter librement de sexualité sont ceux qui ont le moins de difficultés à renouer avec une sexualité plaisante par la suite.

Le seul père n'ayant pas repris les rapports sexuels dans notre étude est conscient du manque de communication dans son couple, « *C'est vrai qu'on communique moins depuis qu'on a des enfants, (...) c'est plus compliqué* », « *Je pense qu'il y a un petit malaise entre nous 2 autour de ça de toute façon, on n'en parle pas* » (Mr A)

Kirsten Von Sydow tend à conclure sur la même idée, "*In both sexes, the quality of the marital relationship is related to sexual satisfaction*" (9), les relations sexuelles n'ont que plus satisfaisantes au sein d'un couple qui est épanoui, communique.

Une autre étude arrive aux mêmes conclusions, "*There was a strong association between emotional satisfaction and the degree to which women experienced physical pleasure in their sexual relationship. Women who were happy with their partner's contribution to household tasks were markedly more likely to report high emotional satisfaction and somewhat more likely to report greater physical pleasure in their sexual relationship*" (16).

L. Hébrard ajoute même que « *la communication au sein du couple ressort comme un élément essentiel* » (14).

IV. ALLAITEMENT MATERNEL ET SEXUALITE

L'allaitement maternel n'est pas forcément la première chose à laquelle on pense quand on s'intéresse à la sexualité du post partum, mais il a toute sa place. On a constaté que les pères ont du mal à trouver leur place lors des premiers temps d'allaitement maternel ce qui peut créer des conflits au sein du couple et des non-dits.

Nous n'avons pas retrouvé de données dans notre étude sur la place qu'occupe l'allaitement maternel dans la sexualité des couples. La littérature, elle, tend plutôt à

affirmer que l'allaitement maternel peut freiner la reprise de la sexualité, comme nous l'explique M.-H Colson ainsi que Gutzeit O. « *pas d'intérêt pour la sexualité, pas encore prêtes, trop de saignements. En outre, les femmes qui allaitent se disent plus fatiguées que les autres (...), et sont sept fois plus nombreuses à se sentir peu attirantes que celles qui n'allaitent pas. Beaucoup de femmes aussi se disent gênées du réflexe d'écoulement de lait concomitant aux contractions utérines contemporaines de l'orgasme, et ont tendance à ne pas souhaiter de relations sexuelles pour cette raison* » (12), « *there is a slightly negative correlation between physiologic aspects of breastfeeding and sexuality* » (32).

De plus, les hormones sécrétées lors de celui-ci favorise la sécheresse vaginale et la baisse de libido, « *la présence de dyspareunies avant la grossesse et l'allaitement maternel sont des facteurs de risque importants de dyspareunies à 3 et 6 mois après l'accouchement* » (17).

V. VECU DES PERES SUR LA SEXUALITE APRES ACCOUCHEMENT

On retrouve quelques études sur la sexualité masculine du post partum dans la littérature, mais il y en a nettement davantage sur la sexualité féminine.

C. Letang s'est intéressée à la satisfaction des pères sur la sexualité du post partum et nous retrouvons beaucoup de similitudes par rapport à notre étude. Elle conclut que seulement 44.6% des pères interrogés sont satisfaits de leur sexualité lors de la première année de postpartum. Les motifs d'insatisfaction sont les suivants : « *insuffisance de fréquence, une peur de douleur chez leur femme, une indisponibilité et un changement corporel (moins bonnes sensations / sensations différentes, baisse de la libido, sécheresse vaginale)* » (31). Ces motifs ont été cités au sein de notre étude, par plusieurs pères, témoignant de freins communs à une sexualité épanouissante pour les pères.

Pour ce qui est des délais de reprise de l'activité sexuelle, nous avons une moyenne de trois mois et demi au sein de l'étude. Nous retrouvons des données quasiment similaires dans une grande majorité de la littérature « *78% resumed vaginal sex by 3 months postpartum, 94% by 6 months and 98% by 12 months postpartum* » (16), « *la reprise d'une activité sexuelle après l'accouchement se fait dans 75 % des cas à moins de 3 mois, 20 % des cas entre 3 et 5 mois* » (31), « *Elle est effective pour 90 % des femmes au cours des 6 premiers mois du post-partum* » (17).

La majorité des témoignages dans cette étude montre le couple comme étant acteur de l'initiative de la reprise des rapports sexuels. Parfois il s'agit plus d'un souhait de la part de l'homme de reprendre l'activité sexuelle. Nous n'avons pas eu de récit de pères nous témoignant une reprise plutôt à l'initiative de leur compagne. Ce sont les tendances qui ressortent de l'étude de C. Letang « *la reprise de l'activité sexuelle après le premier accouchement se fait à 70 % d'un commun accord, 21 % à l'initiative de l'homme, 9 % à l'initiative de la femme* » (31). Kirsten Von Sydow en arrive à la même conclusion « *With most couples, the men show more sexual initiative before, during, and after pregnancy than the women* » (9). L'étude de K.P. Kouakou révèle que « *la reprise s'est faite à l'initiative du partenaire dans 67.9% des cas* » (25).

Toutes les études retrouvées actuellement expriment une diminution de la fréquence des rapports sexuels dans le post partum, une des facettes de la sexualité du post partum compliquée à gérer pour certains pères notamment, « *Compared with the prepregnancy period, coital frequency is reduced in most couples during the first year after the birth* » (9), « *52 % ont diminué la fréquence des rapports* » (31), « *une diminution de la fréquence des relations sexuelles* » (18).

Nous nous sommes intéressés aux appréhensions que peuvent avoir les pères à l'idée de reprendre les rapports sexuels et on peut retrouver des données similaires dans la littérature. En effet, C. Letang s'est penchée sur la question et voici les principales craintes des pères : « *80 % avaient peur de faire mal à leur compagne, 32 % avaient peur des points de sutures (déchirure, épisiotomie, césarienne), 24 % étaient fatigués et très participants auprès de leur enfant, 15 % étaient fatigués et surmenés au travail* », des propos semblables à ceux rapportés dans notre étude.

En parlant de « *fatigue* » après la naissance d'un enfant, les pères interrogés dans notre étude témoignent d'une fatigue relativement importante au sein de leur couple, mais celle-ci n'étant pas vraiment un obstacle à avoir des relations intimes. La plupart d'entre eux nous affirment plutôt que c'est quelque chose qui les rend « *à fleur de peau* » (Mr I), qui leur procure « *des moments de doutes* » (Mr C). Dans la littérature, celle-ci est souvent évoquée comme facteur de risque à une reprise de la sexualité difficile et est souvent citée lors des témoignages (14). « *Childbirth meant less sleep and less free time; consequently, instead of having sex, women wanted to sleep or have time for themselves and that led to a changed sex pattern* » (22).#

#

Il semblait également important de se préoccuper de l'image corporelle qu'ont les pères de leur compagne après une grossesse et un accouchement. Tous nous ont confié trouver belle leur femme et que l'image corporelle qu'ils avaient d'elle n'exerçait aucune influence sur leur sexualité. Dans la littérature, peu de propos sont retrouvés concernant le regard masculin sur le corps des femmes. Néanmoins beaucoup d'études se sont penchées sur la vision que les femmes ont de leur corps en post partum et elles ont beaucoup de mal à accepter ces marques indélébiles laissées par la vie : « *body image during sexual functioning did not significantly change during pregnancy, it worsened in the postpartum period* » (26), « *The women did not feel comfortable with the physical changes* » (22).

Les moyens pour faciliter la reprise des rapports intimes sont assez équivalents à ceux cités dans notre étude, « *32 % ont utilisé du gel lubrifiant, 9 % n'ont pas effectué de pénétration ou l'ont différée, 35 % ont fait plus de caresses/câlins, 32 % ont changé de positions (habileté sexuelle)* » (31).

Les pères nous ont aussi déclaré avoir vu leurs priorités changer, c'est aussi le cas dans le reste de la littérature à ce jour, « *Le changement de priorité des parents (...) est aussi beaucoup évoqué* » (14).

Concernant la masturbation masculine du post partum, nous apprenons à travers l'étude de Van Anders S. qu'une grande majorité des pères a recouru à la masturbation en même temps qu'à la reprise des rapports sexuels avec leur compagne, « *Of these participants,*

81.7% reported reengagement of sexual intercourse within the first 3 months after the birth. Additionally, 69.6% of co-parents reported engagement in oral sex and 72.7% reported having masturbated during this time”(33).

VI. SEXUALITE FEMININE : POINT DE VUE DES PERES

Un des éléments les plus marquants qui ressort dans la littérature serait la « *diminution du désir* » et d’envie de relations intimes chez les femmes (18). En effet, comme le dit A. Olsson, « *Discordance of sexual desire with the partner was a problem* » (22).

Il fut pertinent lors de notre étude de s’intéresser aux différentes lésions périnéales, voire à la pratique de l’épisiotomie dans un contexte d’éventuelles dyspareunies du post partum. Pour ce que la littérature nous apprend, les délais de reprise des rapports sexuels sont plus longs dans le cadre de césariennes, d’épisiotomies et de déchirures périnéales : « *Most women having a first birth do not resume vaginal sex until later than 6 weeks postpartum. Women who have an operative vaginal birth, caesarean section or perineal tear or episiotomy appear to delay longer*” (24). De plus, A. Battut nous apprend que “*le degré de déchirure périnéale n’influence pas la dyspareunie à 3 mois et 6 mois après l’accouchement. Seule l’épisiotomie augmente les risques de dyspareunies à 3 mois après l’accouchement par rapport au périnée intact* » (17). On peut donc conclure, comme le prouve K.P. Kouakou, que les déchirures vulvo-périnéales et l’épisiotomie favorisent le risque de dyspareunies du post partum (25).

Peu de contenu fut retrouvé quant à l’influence de la religion/culture sur la reprise de la sexualité ; seul K.P. Kouakou l’évoque (25). Dans notre étude, aucun père ne témoigne de contraintes d’ordre culturelles ou religieuses.

Concernant le plaisir féminin, les rapports intimes semblent la plupart du temps procurer autant de plaisir qu’avant l’accouchement pour les femmes, ce qui correspond avec les résultats trouvés dans notre étude, « *More than half of the women enjoy sexual intimacy with their partner in the first year after giving birth, 18–20% partially, and 24–30% not at all* » (9). Néanmoins, le plaisir n’est pas constamment décrit comme étant le même qu’avant l’accouchement et il mettrait du temps à revenir avec la même intensité, selon les témoignages de l’étude ainsi que la littérature.

Peu de données ont été récoltées sur l'état psychologique des femmes dans cette période charnière du post partum. Dans la majorité des cas pour notre étude, les mères vivent sereinement et pleinement leur maternité. Cependant, K. Von Sydow nous en apprend davantage sur l'impact de l'état psychologique des femmes sur leur sexualité, « *Mental symptoms, depressed mood, and emotional lability during pregnancy and after the birth are negatively related to sexual interest, enjoyment, coital activity, and the perceived tenderness of the partner* » (9).

Enfin, on peut s'intéresser à la communication entre les couples et les professionnels de santé quand il y a des problématiques au sein de la reprise de la sexualité. Dans notre étude, les femmes parlent relativement facilement de leurs problématiques sexuelles avec leur gynécologue ou bien leur sage-femme. Il semblerait, au vu des différentes études, qu'elles estiment que ce soit au professionnel de santé d'aborder le sujet, « 74% pensent que c'est au professionnel de santé d'aborder le sujet en premier » (34).

On peut constater que pour une majeure partie des thèmes abordés avec les pères lors des entretiens, les propos coïncident avec ce qu'on peut lire dans le reste de la littérature pour l'essentiel. Néanmoins, l'étude ne concernant que 9 hommes, il est difficile d'extrapoler ces résultats. Cependant son aspect qualitatif a permis de travailler plus finement sur chacune des questions que soulèvent cette problématique.

VII. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

Notre étude peut être perçue comme innovante car aborde un sujet relativement sensible et tabou, la sexualité masculine du post partum. En effet on retrouve peu d'études dans la littérature sur la sexualité des hommes, qui plus est des pères.

Les entretiens semi-dirigés qui ont été menés ont permis une grande richesse qualitative dans le contenu des verbatim, témoignant d'une envie ou d'un besoin d'expression de la part de ces pères. De plus, ils ont pu, par l'intermédiaire de ces entretiens, se livrer en

profondeur sur le sujet, avec une durée d'entretien malléable selon les besoins. Les temps d'échange à la fin de chaque entretien furent très appréciés.

Malgré seulement neuf protagonistes, les profils de pères apparaissent complètement différents les uns des autres, de familles également, recomposées ou non. Notre étude a réuni des primipères comme des multipères, allant de 25 à 37 ans, et des témoignages divers et variés.

L'étude menée comporte plusieurs faiblesses, la première tient au faible effectif de seulement neuf participants. Toutefois, si elle ne prétend pas permettre une représentation de la population générale, le faible nombre de participants est en partie compensé par la diversité des profils rencontrés, et la richesse de leur discours.

Ensuite, il faut également reconnaître un biais de sélection présent au sein de cette étude. En effet le recrutement ayant été effectué sur les réseaux sociaux, les pères ayant répondu positivement à notre message d'annonce se sont portés volontaires. Le volontariat implique de fait un biais de sélection. On peut alors se demander quel type de population représentent ces pères présents sur les réseaux sociaux : plutôt intéressés par des sujets tels que la parentalité, en quête de réponses et soutien masculin, présentant des difficultés dans leur sexualité...

Un autre biais présent est le biais de mémorisation. En effet les entretiens ont été réalisés durant le post partum à des délais différents, allant parfois jusqu'à deux ans de post partum, ce qui demande aux participants de se souvenir puisque le vécu est antérieur au moment de réalisation de l'entretien. Aucun père ne nous a témoigné un manque de souvenirs, bien que peut-être certains témoignages auraient pu être plus détaillés.

Il existe également le biais d'interprétation des verbatim, ceux-ci étant sujets à diverses interprétations en fonction de qui les analyse. De plus, il y a toute la communication non verbale qu'il est difficile, voire impossible à extraire, lors d'entretiens en visioconférence, et qui est toute aussi utile et importante que le langage verbal. Celle-ci n'a donc pas pu être exploitée ici.

Le manque d'expérience de l'enquêtrice, en matière d'entretien, de sexologie, constitue un autre biais interférant dans cette étude.

VIII. PROJETS D' ACTIONS

A la suite de cette étude, plusieurs idées à développer sont apparues.

Tout d'abord il semble nécessaire de parler de sexualité avec les couples lors de la grossesse, car comme évoqué précédemment, la sexualité est impactée par la grossesse. Il faudrait aborder en systématique la sexualité avec les couples, lors de l'entretien prénatal précoce par exemple, qui est un temps d'échanges entre le couple et le professionnel de santé. Il pourrait être intéressant de créer un item « santé sexuelle » dans les dossiers médicaux de grossesse informatisés, afin de colliger et vérifier que le sujet ait été abordé au moins une fois pour chaque grossesse.

Ensuite, une séance de préparation à la naissance et à la parentalité pourrait inclure des conseils sur la reprise de la sexualité du post partum, lorsque l'on évoque avec les couples le retour à domicile après la maternité par exemple. De simples informations pourraient être données aux futurs parents telles que : le délai moyen de reprise des rapports sexuels, les éventuelles douleurs, les moyens pour pallier ces éventuelles douleurs, la fréquence diminuée des rapports sexuels, l'importance de la communication, etc...

Il pourrait être intéressant d'imaginer une séance de préparation à la naissance dédiée aux futurs papas, abordant des sujets divers et variés tels que la sexualité pendant la grossesse ou bien leur place de futur père et de conjoint. Certains praticiens mettent déjà cela en place, en incluant cette séance dans les huit que prend en charge la sécurité sociale. Ces sujets qui souvent les percutent, mais qui sont peu évoqués devraient être abordés systématiquement, notre approche serait alors moins centrée sur la future mère et le futur trinôme.

Parler des groupes de « Paroles d'hommes » aux futurs pères, pourrait leur permettre de se sentir compris entre pairs, de pouvoir oser poser leurs questions sans jugement féminin.

Ne pas hésiter à rediriger vers des professionnels, sexologues, quand les problématiques des couples dépassent nos compétences serait un axe à développer pour tous professionnels de santé que nous sommes.

C'est pourquoi pour finir, il est essentiel de s'attacher à améliorer la formation des professionnels tels que les sages-femmes concernant la santé sexuelle, laquelle ne se limite pas seulement à son aspect contraceptif.

Les objectifs de cette étude ont permis d'apprécier le vécu des pères concernant la reprise de la sexualité ainsi que d'identifier certains freins au travers de ces témoignages.

CONCLUSION

Cette étude innovante, au regard de neuf témoignages recueillis, a su mettre en lumière le troisième protagoniste du post partum : le père. En effet, les pères se sentent souvent exclus les premiers temps de ce binôme mère-enfant au sein de la triade qu'ils composent avec leur compagne et leur bébé et se sentent oubliés. Il était question ici de leur donner la parole et qui plus est, sur un sujet non négligeable : la sexualité.

La richesse de ces entretiens nous a permis d'apprécier leur vécu de la sexualité du post partum, des vécus parfois aux antipodes, ouvrant sur la diversité de besoins et de fonctionnements de couples et d'individus.

Par cet aperçu de la sexualité du post partum, les sages-femmes bénéficieront peut-être d'un éveil porté par la voix de ces pères, afin que la sexualité de leurs patientes et de ces couples livrés entre leurs mains ne soit plus laissée pour compte, dans cette période charnière et complexe qu'est le post partum.

Il est essentiel à présent d'envisager la sexualité dans un concept plus global de santé sexuelle et de bien-être. De ce fait elle mérite d'appartenir à la constitution d'un dossier médical et de systématiser une information personnalisée avant de proposer une éventuelle réorientation vers un autre professionnel formé.

Aussi la nécessité de formation apparaît évidente pour les sages-femmes dans le cadre de cet accompagnement global de la femme et du couple. À ce jour, l'avis général des professionnels de santé tels que les sages-femmes tend plus à affirmer un manque de connaissances dans leur formation.

Plusieurs questions se posent alors : Que peut-il être mis en place pour former les sages-femmes en santé sexuelle ? Comment prendre en charge les difficultés éventuelles dans la vie sexuelle de nos patiente

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), Conseil National de l'Ordre des Sages femmes (CNOSF). Référentiel métier et compétences des Sages-Femmes [Internet]. CNOSF. 2010 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
2. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. has-sante.fr. 2005 [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Communication brève relatives à la sexualité [Internet]. who.int. 2015 [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204278/9789242549003_fre.pdf;jsessionid=AB988715934CCD7080BCB42111B691BC?sequence=1
4. Bajos N, Rahib D, Lydié N. Baromètre santé 2016 : genre et sexualité; d'une décennie à l'autre [Internet]. Santé Publique France. 2016 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite>
5. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Association nationale de Réadaptation Sociale (ANRS), Institut national d'études démographiques (INED). Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France » : Dossier de presse. INED. 2007;1-27.
6. Giami A. Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. Communications. 2007;81:135-51.
7. 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 [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2011 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620267/document>
8. Doucet-Jeffray N, Miton-Conrath S, Le Mauff P, Senand R. Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse ? Exercer. 2004;71:111-9.
9. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth : a metacontent analysis of 59 studies. J Psychosom Res. 1998;47:27-49.
10. Sanfilippo E. Sexualité pendant la grossesse : regards croisés dans le couple [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2017 [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01583051/document>
11. Thomas E, Baumann C, Galliot L. Sexualité durant la grossesse : revue systématique. La Revue Sage-Femme. 2019;18:293-301.

12. Colson M-H. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. *Gynécol Obstet Fertil*. 2014;42:714-20.
13. Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. *J Gyneco Obstet Biol Repro*. 2015;44:1127-34.
14. Hébrard L. La sexualité du couple après la naissance d'un enfant: quel accompagnement? [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2019 [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/MEM-CLERM-ESF/dumas-02864795>
15. Mayenga J-M. Sexualité du post-partum. *La lettre du gynécologue*. 2012;(368-369):24-5.
16. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*. 2017;55:60-6.
17. Battut A, Nizard J. Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. *Progrès en Urologie*. 2016;26:237-44.
18. Paquereau A. Les dyspareunies du post-partum [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Angers]: Université d'Angers; 2010 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00557017/document>
19. Morof D, Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Postnatal Depression and Sexual Health After Childbirth. *Obstet Gynecol*. 2003;102:1318-25.
20. Collège national des Gynécologues Obstétriciens Français C. Recommandations pour la pratique clinique : post Partum [Internet]. *engof.fr*. 2015 [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.engof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=21930>
21. Vacheron M-N, Tessier V, Rossignol M, Deneux-Tharaux C. Mortalité maternelle par suicide en France 2013–2015. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2021;49:38-46.
22. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci*. 2005;19:381-7.
23. Johnson CE. Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum. *J Sex Med*. 2011;8:1267-84.
24. McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *Obstet Gynecol Int J*. 2013;120:823-30.
25. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Menin MM, Djanhan Y. La sexualité du post-partum : analyse du vécu dans le couple noir africain. *J Gyneco Obstet Biol Repro*. 2015;44:280-5.

26. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: a Prospective Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2008;5:1915-22.
27. Bruno A, Celebre L, Mento C, Rizzo A, Silvestri MC, De Stefano R, et al. When Fathers Begin to Falter: A Comprehensive Review on Paternal Perinatal Depression. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [cité 31 mai 2021];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7068539/>
28. Blangis F, Lopes P, Branger B, Garnier P, Philippe H-J, Ploteau S. La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. *Gynécologie Obstétrique et Fertil*. 2013;41:499-504.
29. Pierrepont C de. La sexualité post-partum dans les fora internet : socialisation entre pairs et transmission des savoirs. *civilisations*. 2010;(59):109-27.
30. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle agenda 2017-2030 [Internet]. mars 28, 2017. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
31. Letang C. Évaluation de la satisfaction de la sexualité des hommes dans le post-partum et des informations reçues [Mémoire : Sage-Femme]. [Hôpital Foch]: Université de versailles saint-quentin-en-yvelines; 2017.
32. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function : Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual Medicine*. 2020;8-13.
33. Van Anders SM, Hipp LE, Kane Low L. Exploring Co-Parent Experiences of Sexuality in the First 3 Months after Birth. *J Sex Med*. 2013;1988-99.
34. Jarlier C. Parler de sexualité pendant la grossesse: enquête auprès de 174 accouchées du CHU Estaing de Clermont-Ferrand [Mémoire : Sage-Femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2012.

ANNEXES

ANNEXE I : GRILLE ENTRETIEN

1. Identification

Age/Profession

Nombre d'enfants dans le couple

Nombre de mois/d'années de vie en couple

Allaitement

Contraception du post partum

Accouchement, Lésions périnéales, accouchement instrumentalisé, +/- césarienne et impacts physiques/psychiques

2. Sexualité masculine dans le post partum

Entente/Communication au sein du couple (général/sexualité)

Parentalité, implication paternelle

Reprise des rapports sexuels (RS)

- SI OUI : Délai, Plaisir, ressenti, satisfaction, douleur, appréhensions
- SI NON : Choix, ordre religieux/culturel, sexualité personnelle

Fatigue paternelle, baby blues paternel

Image de la conjointe, perception du corps, désir

3. Sexualité de leur conjointe dans le post partum selon les papas, suivi en termes de sexualité par les professionnels de santé

Parentalité Maternelle

Fatigue, sommeil

Désir, envie, appréhensions

Douleur/plaisir de la conjointe

Visites Sage-femme/gynécologue, rôle de la sage-femme dans la sexualité

ANNEXE II : LETTRE INFORMATION

ANNEXE VIII – Lettre d'information LETTRE D'INFORMATION

LA SEXUALITE DU POST PARTUM : VECU DES PERES

Investigateurs :

- FABIEN Valentine, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand sous la direction de Mme GIOUX Delphine, enseignante sage-femme au sein de l'école de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail :

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité à participer à une étude appelée « Le Vécu des Conjointes sur la reprise de la Sexualité du Post Partum »

Cette étude s'engage auprès des pères, faisant partie intégrante de cette triade parents-nouveau-né. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame GIOUX Delphine, sage-femme enseignante au sein de l'école de Sages-femmes de Clermont-Ferrand.

1. Pourquoi cette étude

Cette étude aurait pour but d'identifier les freins éventuels de l'épanouissement sexuel des hommes dans le post partum pour pouvoir accompagner au mieux nos patientes lors de leur reprise des rapports sexuels post accouchement.

2. L'étude en pratique

Au cours d'un premier contact via les réseaux sociaux, après informations de l'étude et après avoir obtenu votre consentement, un entretien semi dirigé d'une quarantaine de minutes sera programmé en visioconférence ou par appel téléphonique afin de connaître votre point de vue concernant la reprise de votre sexualité dans le post partum. Quelques questions vous seront posées et vous serez libre de vous exprimer sur les différents thèmes abordés. L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone après obtention de votre consentement bien évidemment et il pourra être détruit à tout moment si vous souhaitez vous retirer de mon étude.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

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

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des

Données (DPD) du CHU de Clermont-Ferrand.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

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

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Valentine FABIEN, à cette adresse mail :

5. Obtention d'informations complémentaires :

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

- Valentine FABIEN, étudiante sage-femme :
- Madame GIOUX Delphine, directrice de mémoire et enseignante sage-femme au sein de l'école de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand

Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, Michel Rubio,

- CHU DQGRDU 58 rue Montalembert 63003
Clermont-Ferrand

ANNEXE III : TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	
INTRODUCTION	3
REVUE DE LA LITTÉRATURE	5
I. SEXUALITE FEMININE ET MASCULINE :	5
1. Définitions :	5
2. Déclarations différentes en fonction des sexes biologiques :	5
3. Echelles d'évaluation de sexualité :	6
II. SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE :	6
1. Les hommes :	6
2. Les femmes :	7
III. LE POST PARTUM :	9
1. L'allaitement maternel :	9
2. Période de bouleversements psychologiques :	10
3. Effets bénéfiques des relations sexuelles :	11
IV. SEXUALITE FEMININE DU POST PARTUM :	11
1. Déroulement et vécu de l'accouchement :	11
2. Autres caractéristiques freinant la libido féminine du post partum :	12
3. Plaisir sexuel et pratiques sexuelles, éventuelles douleurs :	13
V. SEXUALITE MASCULINE DU POST PARTUM :	14
1. Harmonie au sein du couple devenu parents :	14
2. Dépressions postnatales paternelles :	15
3. Une place paternelle parfois difficile à trouver :	15
VI. ROLES ET COMPETENCES DES SAGES FEMMES :	16
1. Visite postnatale :	16
2. Troubles urinaires et sexualité :	17
3. Communication entre professionnels de santé et patiente autour de la sexualité :	17
METHODE	Error! Bookmark not defined.
I. POPULATION :	21
1. L'échantillon de l'étude :	21
II. METHODE :	21
1. Type d'étude :	21
2. Rappel des objectifs :	21
3. Le mode de recueil des données :	22
4. Le déroulement de l'étude :	Error! Bookmark not defined.
5. Le mode d'analyse des données :	23
6. Les aspects éthiques et réglementaires :	23
RESULTATS	Error! Bookmark not defined.
I. DESCRIPTION DE LA POPULATION	25
II. GENERALITES AUTOUR DE LA SEXUALITE ET DE LA PARENTALITE	26
1. Communication au sein du couple :	26
2. Communication autour de la sexualité :	26
3. Vécu de l'accouchement :	27
4. Lésions périnéales, épisiotomie et instruments :	28
5. Paternité :	28
6. Allaitement :	29
7. Contraception du post partum :	29
8. Problématiques éventuelles autour de la sexualité préexistantes :	30
III. SEXUALITE MASCULINE : POINT DE VUE DES PERES	31
1. Appréhensions autour de la reprise des rapports sexuels :	31
2. Délais de reprise des rapports sexuels :	31
3. Initiative de la reprise :	32
4. Moyens mis en œuvre pour faciliter la reprise de la sexualité :	32
5. Sexualité du post partum :	33
6. Frustrations :	35
7. Vision du corps de la conjointe :	35
8. Priorités actuelles :	35
9. Plaisir personnel :	36
IV. SEXUALITE MATERNELLE VU PAR LE CONJOINT	Error! Bookmark not defined.
1. Maternité :	Error! Bookmark not defined.
2. Appréhensions maternelles pour la reprise de la sexualité :	37
3. Regard des femmes sur leur propre physique :	37
4. Fatigue :	Error! Bookmark not defined.
5. Dyspareunies du post partum :	38
6. Délais des dyspareunies :	39
7. Désir des femmes :	39
8. Communication avec les professionnels de santé :	40
DISCUSSION	Error! Bookmark not defined.
I. CONTRACEPTION ET SEXUALITE DU POST PARTUM	Error! Bookmark not defined.
II. VECU DE L'ACCOUCHEMENT ET REPERCUSSIONS SUR LA SEXUALITE DU POST PARTUM	Error! Bookmark not defined.
III. ENTENTE ET COMMUNICATION AU SEIN DU COUPLE	Error! Bookmark not defined.
IV. ALLAITEMENT MATERNEL ET SEXUALITE	44
V. VECU DES PERES SUR LA SEXUALITE APRES ACCOUCHEMENT	Error! Bookmark not defined.
VI. SEXUALITE FEMININE : POINT DE VUE DES PERES	Error! Bookmark not defined.
VII. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	Error! Bookmark not defined.
VIII. PROJETS D'ACTIONS	Error! Bookmark not defined.
CONCLUSION	54

Résumé

Introduction : L'Organisation Mondiale de la Santé qualifie la santé sexuelle comme un état de bien être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Cette santé sexuelle doit être prise en compte dans le suivi global des femmes et des couples, notamment par les Sages-Femmes. Le but de cette étude est d'appréhender le vécu des pères sur leur sexualité du post partum.

Méthode : Une étude qualitative, descriptive et interprétative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, auprès de neuf pères par visioconférence.

Résultats et Discussion : Le vécu des pères concernant leur reprise des rapports sexuels a pu être exploré. Il a été identifié certains freins empêchant une sexualité masculine du post partum totalement épanouissante comme la diminution de fréquence des rapports sexuels, les priorités changées, la diminution de désir chez la compagne mais le plus marquant, le manque de communication au sein du couple. La littérature confirme dans l'ensemble les résultats trouvés, bien qu'il existe autant de sexualités que d'individus interrogés.

Conclusion : La sexualité ne serait pas assez prise en compte lors du post partum par les professionnels de santé, les couples exprimant un grand besoin d'en discuter pendant et après la grossesse.

Mots-clés : Post partum, paternité, sexualité, couple

Abstract

Background : WHO describes sexual health as a state of physical, emotional, mental and social well-being associated with sexuality. This sexual health must be taken into account in the overall monitoring of women and couples, especially by midwives. The aim of this study is to understand the experience of fathers of their sexuality of the post-partum.

Study design : A qualitative, descriptive and interpretive study was carried out on the basis of semi-structured one-on-one interviews with nine fathers via videoconference.

Results and Discussion : The experience of fathers regarding their resumption of sexual intercourse has been explored. It has been identified some difficulties preventing a totally fulfilling post-partum male sexuality such as the decrease of frequency of sexual intercourse, the changed priorities, the decrease of desire in the companion but the most striking, the lack of communication within the couple. The literature generally confirms the results found, although there are as many sexualities as individuals interviewed.

Conclusion : Sexuality would not be sufficiently taken into account during the post-partum period by health professionals, as couples expressed a great need to discuss it during and after pregnancy.

Keywords : Postpartum, fatherhood, sexuality, couple, father