

UNIVERSITÉ DE LORRAINE, METZ  
UFR SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

MÉMOIRE

POUR LE DIPLÔME INTERUNIVERSITAIRE D'ÉTUDES DE LA SEXUALITÉ  
HUMAINE

par

Laura GOUBET

**SANTÉ SEXUELLE ET POST-PARTUM :**

**À la maternité, quelles sont les préoccupations maternelles ?**

Année universitaire 2015-2018

JURY

Professeur Cyril TARQUINIO, responsable universitaire du Diplôme

Docteur Laurent LESAINTE, coordinateur pédagogique du Diplôme

Docteur François RAMSEYER, directeur de mémoire

Sous la supervision de Marie-Jo BRENNSTUHL psychologue et doctorante en  
psychologie à l'université de Lorraine

---

**SANTÉ SEXUELLE ET POST-PARTUM :**  
**À la maternité, quelles sont les préoccupations maternelles ?**

---

par  
Laura GOUBET

## REMERCIEMENTS

---

Merci à mon Directeur de mémoire Dr Ramseyer pour sa disponibilité, ses conseils éclairés et sa gentillesse.

Merci à Marie-Jo Brennstuhl pour sa grande disponibilité, sa méthode et ses précieux conseils.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour ces trois années bouleversantes et passionnantes.

Merci à l'ensemble de l'équipe du CHR pour son aide et son soutien.

Merci à Mélanie, Myriam, Pascale, Michèle, Marion et Ann pour votre enthousiasme et votre motivation au cours de ces trois années. Merci également à Emmanuelle, Cécile, Lucie, Delphine, Amandine, Lounas et Stéphane.

Merci à toute ma famille et à mes amis pour leur compréhension, leur patience, leur amour et leur soutien.

Merci aux femmes et aux couples de m'avoir donné envie de m'intéresser à la sexologie.

Et enfin, merci aux patientes d'avoir participé si nombreuses à cette enquête.

# SOMMAIRE

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CADRE THÉORIQUE</b> .....	<b>4</b>
CONCEPT DE SANTÉ SEXUELLE ET DÉFINITION DE LA SEXUALITÉ.....	4
SAGES-FEMMES ET PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE .....	5
TABOU DE LA SEXUALITÉ.....	6
ABORD SEXOLOGIQUE .....	6
LE CAS PARTICULIER DE LA GROSSESSE .....	9
L'ACCOUCHEMENT .....	12
FACTEURS INFLUENCANT LA SEXUALITÉ DU POST-PARTUM.....	17
PARCOURS PATIENTE .....	25
<b>PROBLÉMATIQUE</b> .....	<b>29</b>
<b>HYPOTHÈSES</b> .....	<b>33</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	<b>34</b>
LA POPULATION .....	34
LE MATÉRIEL .....	35
LE PROTOCOLE .....	35
L'ANALYSE DES DONNÉES .....	36
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>38</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>63</b>
TAUX DES RÉPONDANTES .....	63
INTERROGATIONS SOULEVÉES PAR LE QUESTIONNAIRE .....	63
ENQUÊTE PÉRINATALE 2016 – REPRÉSENTATIVITÉ ENQUÊTE .....	64
PRÉOCCUPATIONS EN TERMES DE SANTE SEXUELLE EN SERVICE DE SUITES DE COUCHES... ..	66
LES FEMMES SOUHAITENT-ELLES RECEVOIR DES INFORMATIONS EN TERMES DE SANTE SEXUELLE EN SECTEUR DE SUITES DE COUCHES ? .....	74
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>79</b>
AXES DE PROPOSITION .....	80
AXES DE RECHERCHES .....	87
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>88</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>97</b>

## INTRODUCTION

---

La sexualité représente un aspect central de l'être humain tout au long de sa vie. Nous entendons la sexualité au sens d'identité, de rôle ou d'orientation sexuelle, au sens d'érotisme ou d'auto-érotisme, de plaisir, d'intimité et aussi de reproduction. La sexualité contribue à la santé globale d'une personne, à sa bonne santé sexuelle.

Or, au cours de notre pratique de sage-femme, nous avons pu constater, de manière contradictoire, que la santé sexuelle représente un sujet tabou à la maternité. Contradictoire car nous sommes quotidiennement, de la manière la plus intime qu'il soit, au contact des femmes et des couples et que nous parlons rarement de sexualité ou du moins indirectement. Auprès du personnel soignant, les femmes dévoilent leur corps, leurs seins, leur sexe et les couples nous confient parfois ce qu'ils ont de plus intime.

Après avoir donné naissance à leur enfant, les femmes restent quelques jours en service de maternité. Avant de rentrer à domicile, elles sont informées et conseillées à ce propos. Nous avons ainsi remarqué que la question de la santé sexuelle est généralement évitée ou dissimulée lorsque les sujets suivants sont évoqués : retour de couches, contraception, périnée, suture, incontinence urinaire, incontinence anale, hémorroïdes, reprise d'une activité sportive, etc. Par exemple, nous parlons de retour de couches, d'ovulation ou de contraception mais une nouvelle grossesse ne sera possible que si un rapport sexuel a lieu, et de ce dernier, nous n'en parlons pas. Nous parlons de périnée et de soins de suture mais les patientes connaissent-elles leur anatomie ? Savent-elles différencier les petites des grandes lèvres, le vagin de l'utérus, ou le vagin de l'anus ? Savent-elles comment fonctionne leur désir sexuel ou leur excitation sexuelle (érection du clitoris, vasocongestion, lubrification, etc.) ? Et en quoi peuvent-ils être modifiés après un accouchement ou au cours de l'allaitement ? Demandons-nous aux patientes si elles présentent des symptômes d'incontinence urinaire ou anale (pourtant les atteintes de la sphère uro-génitale sont directement corrélées à l'estime de soi et à la satisfaction sexuelle) ? D'ailleurs, derrière la question de la pratique sportive, ne retrouvons-nous pas également la question de l'image du corps, de l'estime de soi et de la désirabilité ?

Pourquoi ce silence ?

Pensons-nous que le moment n'est pas propice ou malvenu, à la maternité, de s'entretenir avec les femmes et les couples à propos de sexualité ?

Rappelons que dans le post-partum, les difficultés ou les dysfonctions sexuelles sont nombreuses : diminution ou absence de désir, troubles de l'excitation sexuelle, troubles de l'orgasme, troubles de la pénétration ou douleurs génito-pelviennes ; Qu'elles ont une réelle implication en termes de santé publique puisqu'elles peuvent entraîner des états dépressifs et une dégradation de la relation de couple (qui peut elle-même favoriser un climat de violence conjugale) et induire une altération de la bonne santé familiale et conséquemment celle de l'enfant.

En effet, au-delà des facteurs sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux ou spirituels, les femmes expérimentent autour de la maternité de nombreuses adaptations physiques et psychiques. Pendant la grossesse déjà, la sexualité des femmes connaît d'importantes variations intra et interindividuelles. Puis, compte tenu de l'état psychologique particulier, de la préoccupation maternelle primaire, de l'expérience de la grossesse ou de l'accouchement, des conséquences inhérentes au post-partum (fatigue, douleurs lombaires, musculaires, ligamentaires, périnéales ou de cicatrice de césarienne, tranchées, hémorroïdes, crevasses, etc.) ou de la survenue possible d'un baby-blues, après l'accouchement, l'attention de la mère est-elle détournée de son propre corps et donc de sa sexualité ?

Se préoccuper de santé sexuelle des couples c'est avoir une approche préventive globale et promouvoir le bien-être de l'enfant, de la famille et de la société. La période périnatale est un moment opportun pour aborder la sexualité. Dans sa dimension opérationnelle, le concept de santé sexuelle propose un schéma très précis d'interventions professionnelles visant à promouvoir, à maintenir et à développer la santé sexuelle des populations. Ce concept implique un premier niveau d'intervention en santé publique : une information, une éducation de base destinée à l'ensemble de la population.

C'est donc naturellement que nous nous interrogeons. Les patientes venant d'accoucher sont-elles préoccupées à propos de leur santé sexuelle et de la reprise de la sexualité ? Certaines le sont-elles plus que d'autres ? Et ressentent-elles un besoin d'information à ce sujet à la maternité ?

Nous avons ainsi réalisé une enquête directement auprès de 135 jeunes accouchées à la maternité afin d'explorer leurs préoccupations relatives à la sexualité et au post-partum et avons tenté d'évaluer leurs besoins en termes d'informations.

Dans un premier temps nous nous efforcerons de comprendre le parcours et les interactions physiques, psychiques rencontrés par les femmes et les couples au décours de l'expérience de la maternité. Puis, nous exposerons notre démarche de recherche auprès de ces femmes ainsi que les résultats que nous aurons obtenus. Et enfin, après avoir analysé ces derniers, nous chercherons à ouvrir la discussion et améliorer notre pratique professionnelle dans ce cadre.

## CADRE THÉORIQUE

---

### CONCEPT DE SANTÉ SEXUELLE ET DÉFINITION DE LA SEXUALITÉ

Le concept de santé sexuelle naît en 1974. Il institue le clivage entre les dimensions érotiques et reproductives de la sexualité et soutient l'idée que la sexualité contribue à une meilleure santé et au bien-être (Giarni, 2007).

En 2002, l'OMS la définit comme « *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, libre de toute coercition, discrimination ou violence* » (Giarni, 2007).

Dans sa dimension opérationnelle, le concept de santé sexuelle propose un schéma très précis d'interventions professionnelles visant à promouvoir, à maintenir et à développer la santé sexuelle des populations.

Ce concept implique au niveau institutionnel en santé publique :

- une information : une éducation sexuelle de base destinée à l'ensemble de la population,
- le conseil ou le counselling : niveau d'intervention de tous les professionnels non thérapeutes en contact avec des personnes pouvant présenter des dysfonctions sexuelles,
- la thérapie : prise en charge des troubles par un thérapeute spécialisé.

Même si Weigand et Bianchi-Demicheli (2013), affirment qu'il est presque impossible de définir la sexualité normale, l'OMS (2012) la décrit comme telle : elle est « *un aspect central de l'être humain tout au long de la vie qui englobe le sexe, l'identité sexuelle et les rôles, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction* ». Elle est « *influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels* ». Perel (2013) ajoute que la sexualité d'aujourd'hui est comme un projet personnel qui se cultive en permanence et qui prend part à notre personnalité.

## SAGES-FEMMES ET PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE

Bien que reconnue comme une composante de la santé, la santé sexuelle reste peu abordée en maternité. L'OMS reconnaît qu'elle représente un sujet de santé publique et qu'elle doit faire l'objet de programmes d'interventions tant sur le plan éducatif que préventif.

Marisol Touraine, précédente ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a lancé le 28 mars 2017 une stratégie globale d'amélioration et de promotion de la santé sexuelle des français. Cette stratégie nationale vise notamment à :

- renforcer l'offre de prévention, de dépistage et de prise en charge en santé sexuelle autour des professionnels de premier recours,
- promouvoir la recherche et l'innovation en santé sexuelle.

Cette stratégie vient renforcer la loi HPST du 21 juillet 2009<sup>1</sup> qui incite les sages-femmes à s'impliquer dans des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Précisé par Coulm (2018) dans le dossier sur l'enquête nationale périnatale réalisée en 2016, les sages-femmes ont un champ de compétences transversal. En effet, en plus du suivi de grossesse, elles pratiquent le suivi gynécologique de prévention, des consultations de contraception ainsi que des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse (Chêne, 2018). Or, la prévalence des dysfonctions sexuelles féminines (DSF) augmente dans les situations spécifiques suivantes : endométriose, grossesse, post-partum, ménopause et maladies cancéreuses notamment, autant de périodes de la vie des femmes au cours desquelles les sages-femmes sont amenées à accompagner, informer, éduquer ou réorienter vers une prise en soins spécifique les patientes et/ou les couples (Bou Jaoudé, 2018). Les sages-femmes sont des interlocutrices privilégiées dans la promotion de la santé sexuelle. Elles sont au cœur de la sexualité des femmes et des couples.

---

<sup>1</sup> LOI n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

## **TABOU DE LA SEXUALITÉ**

Au travers des médias la sexualité ne semble pas constituer un sujet tabou, pourtant, elle reste « non dite, non parlée » dans les rencontres intergénérationnelles, dans l'enseignement, au sein des couples, entre amis ou avec les soignants (Foucault, 2011 ; Giami, Moreau & Moulin, 2015 ; Farine & Lalanne-Magné, 2016).

Moins d'un tiers des personnes souffrant d'un trouble sexuel osent en parler à un professionnel de santé alors que plus de 70% d'entre eux estiment qu'il serait judicieux d'en discuter. Parallèlement, la majorité des soignants n'aborder pas la question de la sexualité en l'absence de plainte sexuelle (Van der Schueren, 2004 ; Foucault, 2011).

La sexualité évoque une image mystérieuse, sacrée et secrète. D'ailleurs, parler de sexualité c'est parler de soi et de ses émotions, c'est toucher à l'intime et donc à l'affectif, aux sensations et à la personnalité (Durkheim, 1911 ; Weigand & Bianchi-Demicheli, 2013). C'est donc par sa subjectivité qu'émerge toute la complexité de la sexualité et toute la difficulté de l'aborder (Formentin, 2015). Ainsi le tabou persiste et il est entretenu par le manque de connaissances.

La sexualité inquiète et questionne car elle est marquée par un devoir de performance. « *On doit s'épanouir dans la maternité, si on veut être heureux dans son couple, on doit avoir une sexualité réussie* » (Foucault, 2011 ; Weigand & Bianchi-Demicheli, 2013). Ainsi peut apparaître une angoisse de performance, un sentiment de culpabilité, de honte ce qui à son tour peut amener à des dysfonctions sexuelles et/ou des perturbations relationnelles.

## **ABORD SEXOLOGIQUE**

### **Dysfonctions sexuelles féminines**

Rappelons que le DSM-5 classe les dysfonctions sexuelles féminines (DSF) comme suit :

- trouble de l'excitation sexuelle,
- absence ou diminution du désir sexuel,
- trouble de l'orgasme,
- trouble de pénétration/douleurs génito-pelviennes.

Il rappelle que trois conditions doivent être retrouvées pour que ces troubles soient considérés comme une dysfonction sexuelle avérée : lorsqu'ils sont présents dans la majorité des rapports

sexuels, depuis au moins six mois et lorsque la patiente exprime une souffrance psychologique liée à la difficulté sexuelle.

### **Désir sexuel**

Le désir sexuel est une force incroyable, complexe et multifactorielle (endogène ou exogène). C'est une mentalisation, une anticipation positive d'une rencontre sexuelle avec soi ou avec l'autre et provoque une excitation sexuelle génitale. Il est à différencier du désir amoureux qui est un élan émotionnel vers l'autre sans excitation génitale (Leuillet & Simonnot, 2018).

Le désir sexuel est le point de départ de la réponse sexuelle (Kaplan, 1995). Il précède l'excitation sexuelle, la phase de plateau, l'orgasme et la phase de résolution (Masters & Johnson, 1968).

Le désir peut être influencé par de nombreuses variables illustrées pour chacune par quelques exemples (Pause, 2010).

Biologiques : de ce point de vue, le désir sexuel féminin est dépendant de variations hormonales (au cours des cycles menstruels, de la grossesse, du post-partum, de la contraception ou de la ménopause) (Brenot, 2010).

Émotionnelles : la colère, la frustration, l'anxiété, le stress, la dépression, les peurs.

Cognitives : l'estime de soi, les connaissances (ou les ignorances), les croyances, les jugements de valeur, les idéologies.

Comportementales : stratégies d'évitement, habiletés d'apprentissage défailtantes en termes de communication érotique ou de séduction par exemple.

Environnementales : la relation de couple, l'investissement du rôle parental, l'environnement socio-économique.

Le modèle proposé par Jean-Yves Desjardins en sexocorporel différencie 4 typologies de désir sexuel correspondant à différents besoins à combler :

- désir sexuel fusionnel (besoin affectif),
- désir sexuel d'enfant (désir de maternité),
- désir sexuel de décharge (soulager une tension physique ou psychique),
- désir sexuel coïtal (besoin génital).

Il explique que le désir sexuel est une composante personnelle et que nous sommes responsables de notre désir sexuel.

Cependant, pour initier et entretenir ce désir quelques préalables sont requis :

- savoir repérer les signes de l'excitation génitale,
- avoir érotisé son archétype sexuel (pour la femme il s'agit d'avoir érotisé son creux vaginal, sa vaginalité),
- apprendre à jouer avec la distance et l'intimité,
- entretenir son attractivité sexuelle.

Le désir sexuel au long cours est directement corrélé à l'apprentissage de ces habilités ainsi qu'à l'estime de soi et à la fierté de son sexe.

### **Vaginalité**

La vaginalité est au cœur de la différence entre l'orgaste (réponse réflexe) et l'orgasme (orgaste associé à une décharge émotionnelle dans le haut du corps). La vaginalité est la perception du creux vaginal par l'appropriation des sensations de la musculature périnéale dans l'agir sexuel puis dans le partage coïtal. Non appris par l'éducation, le plaisir vaginal se construit par étapes grâce aux repères de l'excitation sexuelle, à la construction d'une symbolique dans l'imaginaire érotique, à l'élaboration d'ancrages positifs liés à la pénétration (notamment par les mouvements de relâchement et de contraction de son périnée) et au lâcher prise mental (Guillo & Lopes, 2018).

## **LE CAS PARTICULIER DE LA GROSSESSE**

### **« La grossesse n'est pas un conte de fée »**

Rappelons le, la grossesse n'est pas un conte de fée. Prenons l'exemple des femmes victimes d'inceste. En connaissant ses incidences sur la grossesse, l'accouchement ou le post-partum, le repérage de ces femmes-victimes devrait être le plus précoce possible. Si ce n'est pas le cas, des troubles dépressifs peuvent survenir et induire le rejet ou la maltraitance du nourrisson (Ramseyer, 2011). La volonté de repérer précocement ces situations à risque se retrouve dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2016).

Les professionnels de santé de premier recours devraient être sensibilisés à ces situations car son diagnostic est difficile, la souffrance est tue, vécue dans la honte, la culpabilité, la colère, le déni ou l'oubli (Ramseyer, 2011).

Certains signaux ne doivent pas être négligés : l'infertilité associée à des troubles du comportement alimentaire, un contexte de violence conjugale, une femme seule, les filles-mères, les interruptions volontaires de grossesse, les fausses couches, l'annonce du sexe de l'enfant, le déni de grossesse, la peur « panique » de l'accouchement, les soins au bébé qui entraînent un désarroi chez la mère (Ramseyer, 2011).

### **Infertilité**

6,9 % des femmes/couples ont eu recours à un traitement de l'infertilité (enquête nationale périnatale, 2016). L'infertilité est décrite comme une aptitude diminuée à concevoir un enfant. Il s'agit d'un problème complexe pouvant entraîner de la détresse. Même si 20 % des hommes et 25 % des femmes déclarent que l'infertilité a aidé leur couple, les réactions majoritaires sont : incompréhension, éloignement des partenaires, doute sur sa masculinité/féminité, altération de l'image de soi, expression de colère, anxiété, tristesse. Elle influence directement la relation de couple et ainsi sa sexualité (Maggioni & Moscovici, 2006 ; Crooks & Baur, 2017). Les protocoles d'aide médicale à la procréation modifient la sexualité d'environ 60 % des couples (Foucault, 2011).

De plus, les moyens médicaux de diagnostic et de traitement de l'infertilité ont tendance à nuire à la spontanéité sexuelle et à l'intimité du couple. Les relations sexuelles sont programmées et parfois vécues comme stressantes et mécaniques (Crooks & Baur, 2017).

## **Vécu de la grossesse**

L'état psychologique pendant la grossesse est vécu comme bon ou assez bon pour 89,9 % et mal ou assez mal pour 10,1 % des patientes (enquête nationale périnatale, 2016).

L'expérience de la grossesse varie en fonction de la constitution de chaque femme, de son histoire infantile, de son parcours de vie, de son état affectif, de l'histoire de la grossesse, de son environnement (Crooks & Baur, 2017).

Le désir d'enfant s'inscrit consciemment comme la volonté de se situer comme parent, perpétuer la filiation, correspondre à un désir de conformité, un désir narcissique, assouvir un fantasme d'immortalité, prouver sa fécondité, sa féminité, le désir de grossesse (la grossesse pour la grossesse) (Leuillet & Simonnot, 2018).

Les femmes enceintes sont dans une perpétuelle ambivalence : dans le désir (conscient) d'enfant, il y a toujours une part de non-désir (inconscient). Cette ambivalence se traduit par une angoisse flottante et des peurs multiples inhérentes à toute grossesse. La connaissance de ce concept permet, du moins en partie, de comprendre la psychologie féminine et de décoder certaines situations cliniques d'infertilité, d'apparition de multiples symptômes pendant la grossesse (notamment après les premiers mouvements actifs fœtaux) ou de dysfonctions sexuelles par exemple (Leuillet & Simonnot, 2018).

La recherche clinique montre que la grossesse met le psychisme des femmes enceintes dans un état particulier (Leuillet & Simonnot, 2018). Le processus de « maternalité » est une phase primordiale du développement psychoaffectif de la femme (Racamier, 1961). Ce processus est une véritable crise identitaire, une période de conflictualité exagérée, une crise maturative du même ordre que celle vécue à l'adolescence (Bydlowski, 1991 ; Bydlowski, 1997 ; Bydlowski, 2000).

## **Sexualité pendant la grossesse**

La sexualité de la femme enceinte « *subit d'importantes variations individuelles, perceptibles dès les premiers mois de la gestation allant d'une franche exacerbation du désir et des activités sexuelles coïtales et masturbatoires... à une perte rapide et catégorique de tout rapport sexuel* » (Waynberg 1994).

Le désir se décline en désir coïtal, désir de fusion, désir de décharge, ou bien en désir de parentalité. Or « *le désir d'enfant est indissociable de la féminité, voire de la sexualité dans*

*certaines cas* », ainsi, parfois, le désir sexuel récréatif peut disparaître pendant la grossesse puisque le désir sexuel procréatif n'a plus lieu d'être (Mourichon, 2012).

Pendant la grossesse, certains facteurs favorisent le désir sexuel comme le fait de se sentir plus femme par exemple. D'autres l'inhibent comme les changements corporels, la mauvaise estime de soi-même, les craintes véhiculées par notre éducation ou certaines croyances : celle de voir survenir une fausse couche, un accouchement prématuré ou celle blesser l'enfant à naître par exemple (Salim, Araújo & Gualda, 2010 ; Leuillet & Simonnot, 2018).

Même si la sexualité présente de nombreuses variations intra et interindividuelles, il est possible de trouver dans la littérature des modifications propres à chaque trimestre.

#### Premier trimestre

Le désir sexuel a tendance à baisser par peur d'une fausse couche, à cause d'un inconfort corporel ou dû à un recentrage psychologique de la femme sur elle-même (Leuillet & Simonnot, 2018).

#### Deuxième trimestre

Le désir sexuel semblerait augmenter. D'un point de vue anatamorphysiologique, les transformations corporelles survenant au cours de la grossesse (humidification du vagin, congestion de la zone pelvienne, hypersensibilité des seins) intensifient les sensations et augmentent le désir chez certaines femmes ou facilitent le repérage des signes d'excitation génitale (Brenot, 2010).

#### Troisième trimestre

Le désir sexuel, l'excitation, la lubrification, l'orgasme et la satisfaction sexuelle diminueraient pour de nombreuses raisons avec la progression de la grossesse : inconfort physique grandissant, peur de faire mal au fœtus, fatigue (Galzaka, drosdzol-Cop, Naworska, Czajkowski & Skrzypulec-Plinta, 2015), évolution de l'estime de soi et de l'image corporelle (Pauls, Occhino & Dryfhout, 2008).

Sauf pathologie sévère, le couple peut continuer d'avoir des rapports sexuels (pénétrants ou non) et des orgasmes autant qu'ils le désirent jusqu'à l'accouchement (Crooks & Baur, 2017).

## **L'ACCOUCHEMENT**

### **Accouchement**

L'accouchement est dit à terme lorsque l'âge gestationnel est compris entre 37 semaines d'aménorrhées (SA) et 42 SA. Dans la majorité des cas, il survient alors que le fœtus se trouve en position céphalique ou podalique. La mise en travail est spontanée, déclenchée ou inexistante si la patiente bénéficie d'une césarienne programmée. La femme peut accoucher par voie basse, accompagnée ou non d'une anesthésie péridurale et en décubitus dorsal pour la majorité (plus rarement en décubitus latéral). Parfois, pour diverses raisons médicales, l'expulsion du fœtus est conduite par l'utilisation d'instruments (ventouse, spatules ou forceps) ou a lieu au cours d'une césarienne réalisée en urgence (Lansac & Magnin, 2008).

### **Périnée**

Le périnée est dit intact lorsqu'il ne s'est pas déchiré au moment du passage du mobile fœtal dans la filière pelvienne (Lansac & Magnin, 2008). Il faut être néanmoins vigilant car il existe parfois des lésions périnéales silencieuses. Les déchirures périnéales peuvent être : simples, complètes ou complètes compliquées (avec atteinte du sphincter anal). L'épisiotomie (section du périnée à partir de la commissure postérieure de la vulve) est pratiquée dans certaines circonstances et de façon non systématique : afin de prévenir les déchirures compliquées, lorsque le périnée est trop résistant, qu'il constitue une gêne, qu'il prolonge la durée d'expulsion du mobile fœtal par exemple. Cette pratique tend à diminuer depuis les recommandations du collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) de 2006 : 34,9 % chez les primipares en 2016 contre 44,8 % en 2010 et 9,8 % chez les multipares en 2016 contre 14,4 % en 2010 (enquête nationale périnatale, 2016).

### **Délivrance**

Elle est définie par l'expulsion hors des voies génitales des annexes fœtales (placenta et membranes) initialement accolées à l'utérus. Après l'accouchement, la survenue d'une hémorragie de la délivrance est possible et multifactorielle. Elle correspond à une hémorragie de plus de 500 ml (Lansac & Magnin, 2008).

### **Vécu de l'accouchement**

La « violence obstétricale », comme émergence d'un problème public en France, a été mise en lumière ces dernières années. Elle traduit et alimente des préoccupations sociales autour

des conditions d'accouchement en France et plus précisément autour de la question du vécu des usagères du système de santé en gynécologie et obstétrique (Audibert, 2016 ; D'Ercole, Debillon, Deneux-Tharoux & Dupont, 2017).

En ce sens, l'Organisation Mondiale de la Santé a publié en février 2018 et la Haute Autorité de Santé en décembre 2017 des nouvelles recommandations concernant le respect de la physiologie du travail et l'amélioration des conditions d'accouchement (HAS, 2017).

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme déterminants pour le vécu de l'accouchement (Guittier, 2018).

Obstétricaux : déclenchement du travail, travail prolongé, douleur intense, interventions imprévues ou réalisées en urgence comme les extractions instrumentales, les césariennes en urgence ou lors de la survenue de complications, le poids ou la présentation fœtale, l'association d'une éventuelle pathologie gravidique (Baur et Crooks, 2017 ; Guittier, 2018).

Psychologiques : sentiment de perte de contrôle ou d'impuissance, peurs, anxiété, sentiment d'insécurité, attentes non satisfaites du suivi et du soutien dont elle aura bénéficié auprès de son conjoint et de l'équipe soignante (Crooks & Baur, 2017).

De plus, lors de l'accouchement, le renvoi aux origines est majeur. La femme va à l'encontre de sa propre mère, elle la devient, la prolonge pour s'en séparer (Groddeck, 2006).

Ce rendez-vous est primordial. Le terme accoucher renvoie à la passivité et le terme donner naissance à un phénomène actif. Il est essentiel de ne pas déposséder une femme de son accouchement ou de sa capacité d'enfanter (Leuillet & Simonnot, 2018).

#### Contexte socioculturel.

Éventuelle séparation mère/nouveau-né à la naissance : 10,4 % des nouveau-nés sont pris en charge en hospitalisation après la naissance (enquête nationale périnatale, 2016).

#### **Suites de couches**

Les suites de couches sont la période qui va de l'accouchement aux premières menstruations (ou retour de couches). Chez la femme allaitante, le retour des menstruations survient au plus tôt 5 à 6 semaines après l'accouchement et au plus tard, après la fin de la période d'allaitement. Chez la femme qui n'allait pas, une ovulation est théoriquement possible vers le 45<sup>e</sup> jour après l'accouchement (entre 25 et 72 jours) tandis que le retour de

couches survient plus précocement (entre la 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> semaine du post-partum) (Lansac & Magnin, 2008).

Après l'accouchement, l'utérus qui pouvait mesurer jusqu'à 35 cm en fin de grossesse va involuer rapidement les deux premières semaines, puis plus lentement, pour retrouver son état d'avant grossesse au bout de deux mois environ. Le col de l'utérus se ferme en une semaine au niveau de l'orifice interne et peut rester déhiscent au niveau de l'orifice externe surtout chez les multipares.

Si une nouvelle grossesse n'est pas souhaitée, une contraception efficace et adaptée (CNGOF, 2015) :

- doit être débutée au plus tard 21 jours après l'accouchement chez les femmes ne souhaitant pas de grossesse rapprochée (grade B),
- prescrite à la sortie de la maternité (accord professionnel).

L'augmentation du risque thromboembolique veineux après l'accouchement doit faire éviter l'utilisation d'une contraception estroprogestative avant 6 semaines (grade B) et doit faire préférer celle d'une contraception progestative micro dosée. En ce sens, il est important de préciser aux jeunes mères que cette dernière peut induire des spotting (Mourichon, 2012).

### **Mode d'alimentation du nouveau-né**

*« L'allaitement est le choix personnel d'une femme dans la relation à son bébé ».*

(Mourichon, 2012).

Il peut être maternel exclusif (52,2 %), au biberon (33,3 %), ou mixte (14,5 %) (Enquête nationale périnatale, 2016). On note une diminution de la fréquence de l'allaitement maternel (exclusif et mixte) à la maternité entre 2010 et 2016, passant de 69 % à 67 % en métropole, ce qui semble très faible en comparaison des autres pays européens (Coulm, 2018).

Au cours de la grossesse, la glande mammaire va atteindre son plein développement sous influence hormonale (œstrogènes et progestérone). Après l'accouchement, le taux de progestérone chute et celui de la prolactine augmente fortement ce qui induit la montée laiteuse autour du troisième jour du post-partum. La lactation est entretenue par la succion du mamelon et des mécanismes hormonaux successifs (Lansac & Magnin, 2008).

## **Vagin/vulve**

Les érosions superficielles cicatrisent rapidement.

Les déchirures périnéales plus importantes ont une excellente capacité d'épithélialisation mais souvent aux dépens de la souplesse des tissus ou de l'eupareunie.

L'hymen, au moment de l'accouchement, est dilacéré et il n'en reste que des vestiges appelés caroncules myrtiliformes.

Une béance vulvaire est habituelle juste après l'accouchement.

Une sécheresse vaginale est fréquente, influencée par une imprégnation hormonale particulière au cours du post-partum et de l'allaitement (Mourichon, 2012).

De nombreux éléments peuvent perturber le bien-être de la patiente dans le post-partum.

## **Fatigue**

Elle est fréquente et peut perdurer longtemps après l'accouchement. La fatigue est liée directement à la fin de la grossesse, aux difficultés rencontrées pendant l'accouchement, la survenue éventuelle d'une hémorragie de la délivrance, aux pleurs du nourrisson, à l'allaitement maternel. Elle est directement corrélée au fait que la mère doive s'adapter au rythme du bébé (Mourichon, 2012).

## **Céphalées**

Souvent décrites dans le post-partum, elles peuvent être associées à la fatigue, aux troubles du sommeil, à l'anémie (Mourichon, 2012).

## **Douleurs**

Tranchées : contractions utérines intermittentes et douloureuses dans les trois premiers jours du post-partum. Plus fréquentes et plus intenses chez les multipares et au cours de l'allaitement.

Douleurs dorsales et lombaires, douleurs posturales musculaires et ligamentaires.

Douleurs périnéales (Mourichon, 2012).

## **Incontinence urinaire**

Décrite comme une fuite involontaire d'urines, l'incontinence urinaire d'effort (car il en existe d'autres) peut survenir après un accouchement, voie basse ou césarienne, par :

- modification de la trophicité des tissus,
- lésion des tissus de soutien péri-urétraux,
- lésions musculaires (petit poids foetal, macrosomie, extraction instrumentale).

L'incontinence urinaire ne présente pas de menace létale pour le corps, elle est considérée comme une maladie car elle porte atteinte à l'intégrité corporelle avec des retentissements tant au niveau intrapsychique qu'au niveau de la vie sociale (Schwab-Egger, 2011).

Dans la plupart des cas, la résolution est spontanée en quelques jours ou semaines mais doit faire l'objet d'une rééducation (Anaes, 2002 ; Mourichon, 2012 ; Battut & Nizard, 2016).

## **Incontinence anale**

Elle est plus fréquente chez la multipare et après extraction instrumentale. Elle régresse généralement spontanément en six mois. Elle doit faire l'objet d'une rééducation et d'une réévaluation à six mois du post-partum en cas de persistance des symptômes en vue d'un traitement chirurgical (Villot, Deffieux, Demoulin, Rivain, Trichot et Thubert, 2015).

Par honte, les femmes n'osent pas en parler. C'est un sujet tabou et sa prévalence est sous-estimée (Schwab-Egger, 2011 ; Mourichon, 2012).

## **Prolapsus pelviens**

La statique pelvienne féminine est assurée par un triple système de fixation qui assure le maintien de la vessie, de l'utérus et du rectum. Ce système est fragile et fortement sollicité au cours de la grossesse et de l'accouchement, notamment lors des grossesses multiples, si l'enfant pèse plus de quatre kilos, si les efforts expulsifs sont répétés et prolongés, si les traumatismes obstétricaux sont importants (Schwab-Egger 2011).

## **Constipation**

La première selle est en général émise au 3<sup>ème</sup> jour.

La constipation est définie comme un trouble fonctionnel de l'intestin qui se caractérise par des douleurs et un inconfort, des efforts de poussée, des selles dures et bosselées et une sensation d'exonération incomplète. La présence d'hémorroïdes, la douleur au site de l'épisiotomie, les effets des hormones de la grossesse et la supplémentation en fer peuvent augmenter le risque de constipation post-partum, tout comme les lésions du sphincter anal ou des muscles du plancher pelvien survenues lors de l'accouchement (Turawa, 2014).

## **Hémorroïdes**

Selon la Société Nationale Française de Colo Proctologie, la maladie hémorroïdaire touche 7,9 % à 38 % des femmes enceintes. Après un accouchement, 20 % des femmes vont souffrir de maladie hémorroïdaire (vécue parfois de manière plus douloureuse que l'accouchement en lui-même). L'hyperpression vasculaire pendant la grossesse, les modifications hormonales et la constipation favorisent leur apparition et les efforts de poussée au moment de l'accouchement induisent leur extériorisation (Tarrerias, 2004 ; Mourichon, 2012).

## **FACTEURS INFLUENÇANT LA SEXUALITÉ DU POST-PARTUM**

Les difficultés sexuelles du post-partum rencontrées par les femmes et les couples sont fréquentes (Von Sydow, 1999). Au total, 94 % des femmes font état d'un problème de santé (incontinence urinaire ou anale, algie lombaire ou périnéale) dans l'année suivant l'accouchement, altérant ainsi leur vie sexuelle (Colson, 2014). Même si cette morbidité diminue avec le temps, son origine multifactorielle explique que sa prévalence reste élevée (Colson, 2014). Si l'on reprend les chiffres sur la santé sexuelle des femmes après la naissance de leur enfant, 83 % présentent des problèmes sexuels à 3 mois et encore 64 % à 6 mois (Barrett, Pendry & Peacock, 2000). Ce que confirme Von Sydow (1999), en mettant en exergue que pour la majorité des couples, la sexualité après l'accouchement est problématique. Seulement 14 % des femmes et 12 % des hommes ont rapporté ne pas avoir eu de difficultés après l'accouchement. 40 à 64 % des femmes et 19 à 64 % des hommes redoutent la reprise de la sexualité.

Le post-partum est un cruel retour à la réalité quotidienne tant sur le plan physique que psychique. C'est le « *bonheur en enfer* » comme le témoigne avec beaucoup d'humour Renée Greusard (2016).

### **Baby-blues**

C'est un trouble dépressif bénin qui touche de nombreuses jeunes mères. Il est caractérisé en général au 3<sup>e</sup> jour du post-partum par de la tristesse inexplicée, un sentiment de solitude, une irritabilité, un manque de confiance en soi, une culpabilité face aux soins de l'enfant, une anxiété vis-à-vis du nouveau-né, des troubles du sommeil. La mère peut parfois même se sentir distante et indifférente à son enfant et en éprouver une grande culpabilité (Lansac & Magnin, 2008 ; Mourichon, 2012).

Le baby-blues peut s'expliquer par des facteurs (Lansac & Magnin, 2008 ; Mourichon, 2012) :

- physiques : asthénie, anémie, douleurs (périnée, utérus, seins, lombaires etc...),
- nerveux : relâchement de toutes les tensions accumulées pendant la grossesse et l'accouchement,
- affectifs : le centre d'intérêt du père, de la famille, de l'entourage, du personnel soignant s'est déplacé vers l'enfant.

La période du post-partum est une période à risque de décompensation psychologique. Les dépressions sont fréquentes (10 à 15 % des femmes) et les épisodes psychotiques sont multipliés par dix. Ces troubles psychiatriques peuvent se manifester sous plusieurs formes, la plus connue et recherchée étant la dépression du post-partum. Elle peut apparaître dès la maternité ou plus tard lors du retour à domicile et se prolonger pendant une année. Elle se caractérise par de la tristesse, des pleurs, un sentiment d'incapacité exacerbé dans la relation au nourrisson, une baisse du désir sexuel ainsi qu'une agressivité vis-à-vis de l'entourage familial (Mourichon, 2012).

### **Préoccupation maternelle primaire**

Les changements psychologiques que l'on peut rencontrer chez la femme enceinte et la jeune mère sont nombreux, le plus souvent mal connus des professionnels de santé, ignorés ou étiquetés à tort comme des troubles de l'humeur. On ne peut plus ignorer les résonances

psychiques spécifiques de la femme enceinte puis de la jeune mère, responsables de nombreux problèmes, en particulier sexuels (Leuillet & Simonnot, 2018).

Après l'accouchement, l'attention de la mère est détournée de son propre corps et donc de sa sexualité. Elle ne fait qu'un avec son bébé afin de s'assurer qu'il ne manque de rien (Leuillet & Simonnot, 2018). En 1956, Winnicott introduit la notion de préoccupation maternelle primaire comme la capacité de la mère à s'adapter à l'enfant pour le comprendre. Cette période commence pendant la grossesse, quelques semaines avant l'accouchement et durerait pendant les semaines qui suivent la naissance. C'est une période pendant laquelle la mère est « *capable de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité* ». L'état de la mère est comparé à un repli, à une dissociation, voire à un état schizoïde, « *une maladie mentale normale* » dont elle va se remettre.

### **Vécu de l'accouchement**

Le contexte international actuel reconnaît l'importance de considérer le vécu de l'accouchement comme important pour la santé psychologique et sexuelle. Même si le phénomène est complexe, multifactoriel et difficile à mesurer il est important de le prendre en considération car l'accouchement mal vécu peut conduire à un sentiment de détresse pouvant aller jusqu'au syndrome de stress post traumatique ou à la dépression post-natale. À l'inverse, une expérience positive de l'accouchement peut favoriser des sentiments profonds d'accomplissement personnel, de valorisation et de confiance en soi (Guittier, 2018).

Les femmes qui gardent un très mauvais souvenir de leur accouchement peuvent mettre plus de temps à désirer reprendre une sexualité. A l'inverse, les femmes ayant un bon vécu de leur accouchement semblent être plus épanouies sur le plan sexuel dans le post-partum (Foucault, 2010).

Le poids des examens gynécologiques pendant la grossesse et l'accouchement n'est pas anodin. Ces examens répétés par les différents praticiens que la femme est amenée à rencontrer (gynécologue, obstétricien, échographiste, sage-femme et éventuellement des étudiants dans chaque discipline) peuvent être pesants. Dévoiler son corps, ses seins, son sexe et son intimité, les jambes écartées, sont autant de situations qui peuvent retirer de l'érotisme à l'image que la femme a de son corps. Se ré-approprier son sexe et sa féminité lui demandera du temps avant de pouvoir envisager de reprendre une vie sexuelle (Mourichon, 2012).

## **Peur d'une nouvelle grossesse**

Parfois, les couples ont peur d'une grossesse rapprochée. Une contraception est proposée et expliquée à la patiente avant la sortie de la maternité. Pourtant, certaines femmes, par crainte ou incompréhension, décident de ne pas l'utiliser et attendent la visite post-natale pour reprendre les rapports sexuels (Mourichon, 2012).

## **Atteinte de la sphère uro-génitale et image de soi**

L'image de soi est un concept traduisant la manière dont une personne construit la perception qu'elle a d'elle-même au carrefour entre le corporel et le psychique (Schwab-Egger, 2011).

La satisfaction sexuelle peut être corrélée à l'image de soi. En effet, si une femme a une mauvaise estime d'elle-même, la satisfaction sexuelle ressentie sera plus faible. Cette représentation psychique peut constituer son aspect, son poids, sa condition physique, son attractivité sexuelle et les pensées qu'elle a de son corps pendant un rapport sexuel (Pauls, Occhino & Dryfhout, 2008 ; Pujols, Meston & Seal, 2010 ; Mickelson & Joseph, 2012).

Les atteintes de la sphère périnéale (bruits d'air vaginaux, incontinences urinaires, anales, prolapsus, hémorroïdes, cicatrices, pertes vaginales) peuvent remettre en cause la représentation mentale de soi au niveau corporel et psychique. Il est d'ailleurs compliqué pour les femmes d'aborder les difficultés qu'elles rencontrent autour cette zone (Pauls, Occhino & Dryfhout, 2008 ; Schwab-Egger, 2011).

Nous ne retrouvons pas de consensus, dans la littérature, au sujet des conséquences génito-sexuelles de l'accouchement.

À la suite d'un accouchement instrumentalisé, d'une césarienne, d'une épisiotomie ou d'une déchirure périnéale, les patientes reprendraient plus tardivement les relations sexuelles (Mc Donald & Brown, 2013). En effet, il est décrit que les femmes ayant un périnée intact reprennent une sexualité plus précocement que les femmes présentant une déchirure ou une épisiotomie (Foucault, 2010). Ces dernières auraient un effet délétère sur la sexualité du post-partum dans le sens où la reprise sexuelle est plus tardive, le désir sexuel altéré, la lubrification vaginale, l'orgasme et la vie sexuelle de moins bonne qualité. Par ailleurs, le degré de la suture majore les dyspareunies, diminue le désir des femmes d'être caressées, d'avoir des rapports sexuels ou altère leur satisfaction sexuelle (Signorello, Harlow, Chekos

& Repke, 2001 ; Brubaker, Handa, Bradley, Connolly, Moalli, Brown & Weber, 2008 ; Rogers, Borders, Leeman & Albers, 2009 ; Rathfish et al., 2010) d'autant plus s'il y a une atteinte du sphincter anal (Van Brummen, Bruinse, Van de Pol, Heintz & Van der Vaart, 2006).

Les femmes ayant donné naissance à leur enfant par extraction instrumentale ou par césarienne sont plus nombreuses à présenter des dyspareunies 18 mois après la naissance (Chang, Chang, Chen & Lin, 2010 ; Mc Donald, Gartland, Small & Brown, 2015). À l'inverse, d'autres auteurs mettent en évidence qu'il n'y a pas de différence de prévalence de troubles génito-sexuels en fonction de la voie d'accouchement et du degré de lésion périnéale (Fritel, 2009 ; Klein, Worda, Leipold, Gruber, Husslein & Wenzl, 2009 ; Yaniel & Petri, 2014 ; Karahmanoglu, Baktiroglu, Hamzaoglu, Karahmanoglu, Verit & Yucel, 2017) ou que la césarienne itérative n'est pas associée à un effet protecteur de la fonction sexuelle après l'accouchement (Lurie et al., 2013). Diverses sources médiatiques jouent probablement un rôle dans la perpétuation de cette information (Cappell & Pukall, 2018). De plus, les femmes ayant vécu une mauvaise expérience lors de la reprise des rapports après un précédent accouchement désirent plus tardivement reprendre une activité sexuelle (Foucault, 2010).

Cependant, l'accouchement, qu'il soit par voie basse ou par césarienne, de même qu'avec ou sans cicatrice périnéale, est toujours présenté comme un moment clef de cette nouvelle expérience que font les femmes de leurs corps (Hirt, 2005). L'objectif n'est pas d'expliquer dans le détail le mécanisme de l'accouchement et de ses répercussions sur la sphère périnéale mais plutôt de comprendre ses conséquences sur le vécu sexuel. En effet, la sexualité du post-partum est multidimensionnelle et ne dépend pas que de phénomènes physiques (Hipp, Kane Low & Van Anders, 2012). Par défaut de connaissances, d'informations, de communication ou par transmission de fausses croyances, les femmes sont inquiètes quant aux atteintes urogénitales qu'elles subissent. Elles ne savent pas de manière précise ce qui est déchiré ou ce qui ne l'est pas, elles n'osent pas toucher et encore moins regarder, elles perdent leurs repères corporels (Schwab-Egger, 2011, Colson, 2014). Il est d'ailleurs important de préciser que beaucoup de femmes ne savent pas ce qu'est le périnée avant d'accoucher (Mourichon, 2012).

### **Baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement**

La baisse du désir sexuel est la problématique sexuelle la plus forte après l'accouchement (Barrett, Pendry, Peacock, Victor, Thakar & Manyonda, 2000 ; Wallwiener et al., 2017). Or, les femmes présentant une baisse de leur désir sexuel dans le post-partum ressentent de la

culpabilité ou un sentiment d'échec. Ces émotions sont liées à de fortes attentes selon lesquelles elles devraient être capables de « tout-faire » (Woolhouse, Mc Donald & Brown, 2012).

- La présence persistante de douleurs lors des rapports sexuels pénétrants

La peur de la douleur qui accompagne la reprise des rapports sexuels après l'accouchement est une préoccupation fréquente (Pierrepont, Polomeno, Bouchard & Reissing, 2016). Les témoignages des mères sont marqués par le ressenti d'une période douloureuse, parfois associée aux débuts difficiles de l'allaitement (montée laiteuse, engorgements, crevasses) ou d'un périnée très douloureux (Hirt, 2005).

De plus, il existe une discordance entre :

- le discours médical, qui indique que le corps est physiologiquement « fonctionnel » environ six à huit semaines après l'accouchement (l'examen du périnée est normal, en dehors des rapports la cicatrice n'est pas douloureuse) ou la prescription d'une contraception qui sous-entend une « autorisation à la reprise des rapports »

- et la douleur ressentie par la femme qui lui est expliquée comme étant de nature psychosomatique. De plus, si la période douloureuse lors des activités sexuelles pénétrantes se prolonge, la femme a tendance à s'interroger sur le fonctionnement « normal » de son corps.

Outre les causes locales qui peuvent induire une sécheresse vaginale et des brûlures à la pénétration, la douleur peut également provenir du fait que les femmes n'engagent pas les activités sexuelles pour elles-mêmes mais pour leurs conjoints, parfois même sans désir et sans plaisir : pour répondre à leurs demandes, leurs faire plaisir, pour éviter les frustrations ou par peur de la relation extraconjugale (Hirt, 2005).

- L'absence de ressentis corporels pendant les activités sexuelles

Alors que certaines arborent la reprise sexuelle en termes et vécus douloureux, d'autres, à l'inverse, décrivent une absence de ressentis corporels, qu'ils soient douloureux ou agréables (Hirt, 2005).

La béance vulvaire et l'hypotonie périnéale (pouvant entraîner des bruits d'air vaginaux) peuvent être responsables de cette absence de ressenti corporel (Mourichon, 2012).

- L'allaitement maternel : conjugaison ou séparation du sein érotique et du sein maternel

L'allaitement maternel peut être vécu comme un moment de plaisir, de partage, d'intimité qui comble la femme en renforçant le lien mère-enfant mais qui risque aussi d'éloigner ou d'exclure le partenaire. Le sein considéré comme érotique précédemment est devenu un sein nourricier, réservé à l'enfant, où la sexualité n'a plus sa place (Mourichon, 2012).

De plus, la douleur liée à la montée laiteuse, les crevasses, les engorgements, la sensibilité des seins et les lingerie spécialisées ne favorisent pas la montée du désir sexuel (Mourichon, 2012 ; Greusard, 2016) lui-même en partie tributaire d'un taux élevé de prolactine (Leuillet & Simonnot, 2018). L'allaitement maternel peut également entretenir une sécheresse vaginale car la trophicité des tissus est influencée par son imprégnation hormonale particulière (Lansac & Magnin, 2008 ; Mourichon, 2012).

Parfois, des pertes de lait incontrôlées peuvent survenir après l'orgasme ou pendant le rapport sexuel ce qui peut gêner ou favoriser l'excitation et la sexualité du couple (Mourichon, 2012).

Certaines femmes sont même étonnées et culpabilisées par les sensations génitales qu'elles ressentent pendant l'allaitement car il peut induire une réelle excitation sexuelle (Mourichon, 2012).

Il est décrit que la reprise de la sexualité dans le post-partum est plus tardive chez les femmes allaitantes et que la fréquence des rapports sexuels diminue avec l'allaitement (Rowland, Foxcroft, Hopman & Patel, 2005).

- Être une bonne mère, une bonne ménagère et une bonne amante ?

L'absence ou la diminution du désir est directement corrélée à la fatigue tant physique que psychique ressentie par les jeunes mères. Les nuits sont raccourcies et entrecoupées par les multiples levers nocturnes. Les besoins du nourrisson et éventuellement des aînés sont permanents, les tâches ménagères, les courses, les repas, les rendez-vous sont à organiser en plus de la reprise du travail. Ce n'est pas tant la fatigue fréquemment décrite par les femmes qui a un rôle dans l'expression de son désir après l'accouchement mais plutôt l'accumulation quotidienne de cette fatigue et de cette charge mentale (Hirt, 2005). En ce sens, la participation du partenaire aux tâches ménagères et les temps que la mère peut s'accorder

pour elle-même sont essentiels à la qualité de la relation conjugale après la naissance d'un premier enfant (Mc Donald, Woolhouse & Brown, 2017).

- Mort fœtale in utéro (MFIU) ou Interruption médicale de grossesse (IMG)

Une MFIU ou une IMG est un arrêt brutal de la grossesse, c'est l'effondrement d'une vie et de l'espoir de voir grandir cet enfant. Quelque soit le terme auquel la grossesse est arrêtée, la femme s'est projetée, s'est fantasmée en tant que mère et a connu de nombreux remaniements psychiques. De plus, et pour la plus grande incompréhension des femmes et des couples, l'accouchement a lieu par voie basse. Les suites de couches et les modifications corporelles sont identiques, elles doivent se rendre à la consultation du post-partum et la rééducation périnéale leur est vivement conseillée. Cependant, très peu d'études ont été réalisées sur le désir ou la fonction sexuelle après un tel événement. Certaines vont avoir besoin de temps avant d'envisager une nouvelle grossesse tandis que d'autres voudront être enceinte très rapidement (Mourichon, 2012).

### **La relation de couple**

La grossesse et l'accouchement perturbent les jeunes mères face à leur maternité, à leur féminité et à leur sexualité autant que l'équilibre de leur couple (Mourichon, 2012 ; Farine & Lalanne-Magné, 2016). En 2016, 94,8 % des femmes ayant accouché vivaient en couple. (Enquête nationale périnatale, 2016).

Or, quand le lien sexuel est rompu, ce n'est pas uniquement la sexualité qui est en danger mais aussi (Schwab-Egger, 2011 ; Beroud-Poyet & Beltran, 2017) :

- le lien affectif entre conjoints,
- la complicité et la capacité à communiquer sans mots,
- la sensualité et la tendresse.

Sutter (2009) souligne l'importance de ne pas cantonner l'acte sexuel au coït mais d'ouvrir les possibilités sexuelles non pénétrantes (les baisers, les caresses, les rapports oraux). Ce qui rend la sexualité si importante au sein du couple n'est pas l'activité elle-même mais l'intimité que ces échanges créent entre les deux individus.

De même, certains auteurs attestent de l'importance de la qualité de la relation, de la communication au sein du couple, et des échanges de tendresse et d'émotions (Ahlborg & Strandmark, 2001).

La grossesse est un « démultiplicateur ». Elle démultiplie le bonheur ou la mésentente en fonction que la sexualité représente un mode de communication habituel ou non dans le couple (Leuillet & Simonnot, 2018).

Le plus important est de :

*« Ne pas croire au mythe de la sexualité spontanée et innée »*

(Leuillet & Simonnot, 2018)

La grossesse et le post-partum sont l'occasion pour le couple de prendre un nouveau départ : se re-donner rendez-vous, se re-seduire, se ré-embrasser, se re-caresser, re-découvrir son corps... trouver ou re-trouver d'autres positions sexuelles, créer innover une sexualité plus sensuelle, plus en conscience, plus caressante et moins pénétrante ?

## **PARCOURS PATIENTE**

Les modifications du schéma corporel pendant la grossesse ou dans le post-partum et l'arrivée d'un enfant entraînent de nombreux bouleversements. L'adaptation pour les couples est parfois difficile d'autant plus qu'ils manquent d'informations et notamment concernant la sexualité (Pierrepont, 2010). La sexualité du post-partum (en termes de qualité et de satisfaction) est dépendante de la sexualité avant et pendant la grossesse. Informer les couples à ce sujet afin de prévenir les difficultés rencontrées dans le post-partum est primordial (Fabre-Clergue & Duverger-Charpentier, 2008) d'autant plus qu'on sait que les jeunes parents ont des préoccupations ou des interrogations à ce sujet (Pastore, Owens & Raymond, 2007).

### **Consultations de grossesse**

Une femme peut être suivie par un gynécologue-obstétricien, une sage-femme (dans les limites de la physiologie) ou un médecin traitant (formé au suivi de grossesse). Classiquement, plusieurs consultations sont recommandées selon la Haute Autorité de Santé : une consultation pré-conceptionnelle est recommandée. La 1<sup>ère</sup> consultation (avant 10 SA) doit établir le diagnostic et établir la grossesse. La 2<sup>ème</sup> permet d'établir la déclaration de la grossesse et de fixer la date présumée de l'accouchement. Les cinq consultations mensuelles suivantes permettent de s'assurer du bon déroulement de la grossesse. Et la consultation du 9<sup>ème</sup> mois permet d'établir le pronostic obstétrical (HAS, 2016).

## **Séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et entretien prénatal individuel (EPI)**

Les séances de PNP sont, elles particulièrement suivies par les primipares (78 % d'entre elles), mais beaucoup moins par les multipares (34 %) (Coulm, 2018).

Les séances de PNP sont destinées à chaque femme enceinte ou couple et s'orientent vers un accompagnement global leur permettant de conjuguer leurs aspirations aux offres de soin locales. En France, huit séances individuelles ou en couple sont prises en charge par l'assurance maladie dont l'entretien prénatal individuel (HAS, 2016).

## **Séjour à la maternité après accouchement et sortie précoce**

Après la naissance, la durée du séjour à la maternité tend à diminuer (enquête nationale périnatale, 2016). La fréquence des séjours de courte durée a augmenté depuis 2010. Dans le même temps, la proposition d'un suivi médical à domicile par une sage-femme libérale à la sortie de la maternité s'est généralisée : désormais près de 80 % des maternités proposent à la plupart des patientes ce suivi contre 8 % en 2010 (Coulm, 2018).

La durée de séjour standard a été définie comme une durée d'hospitalisation de 3 à 4 jours après un accouchement par voie basse et de 4 à 5 jours après un accouchement par césarienne (HAS, 2014).

La sortie précoce est définie comme suit : au cours des 3 premiers jours après un accouchement par voie basse et au cours des 4 premiers jours après une césarienne. Elle ne s'effectue que si la mère et le nouveau-né remplissent les critères d'acceptabilité définis par l'HAS.

## **Conseils de sortie**

Il est plutôt rare d'entendre parler de sexualité à la maternité. Que ce soit en post-partum ou en prénatal, le sujet est éludé. Le jour ou la veille du retour à domicile, les femmes sont informées et conseillées. La question de la reprise des rapports, quant à elle, reste vaguement abordée et généralement dissimulée entre la reprise des bains, des tampons et la prescription de la contraception ou des soins de suture (Van der Schueren, 2004 ; Farine & Lalanne-Magné, 2016). En annexe, une brochure donnant des conseils destinés aux patientes en maternité avant leur sortie d'hospitalisation (annexe 1).

Pourtant, cet entretien avant la sortie est une opportunité pour aborder avec la patiente ou le couple les éventuelles difficultés qu'ils pourraient rencontrer lors de la reprise de la sexualité. Malgré le manque de disponibilité, les professionnels ont le souci de rester attentifs auprès des femmes et des couples lorsqu'une question est soulevée à ce sujet (Foucault, 2010).

Au cours de son étude en 2010, Foucault a mis en évidence qu'en ce qui concerne la sexualité du post-partum, 30 % des femmes souhaiteraient en discuter à l'examen de sortie de suites de couches, 24 % en séances de PNP, 20 % lors de la consultation post-natale et 19 % au cours des séances de rééducation périnéale.

### **Visites à domicile par une sage-femme libérale**

Après une durée de séjour standard, deux visites sont recommandées : la première est réalisée dans la semaine suivant la sortie (si possible dans les 48 heures), la seconde est réalisée selon l'appréciation de la sage-femme en charge de la patiente. Des visites supplémentaires peuvent être réalisées si justifiées d'un point de vue médical ou en fonction des besoins ressentis par la mère ou le couple (HAS, 2014).

Après une sortie précoce, deux ou trois visites sont recommandées : la première est systématique et doit être réalisée dans les 24 heures après la sortie de la maternité, la seconde est également systématique et la troisième dépendra de l'appréciation de la sage-femme ou des besoins de la femme ou du couple (HAS, 2014).

### **Consultation du post-partum**

La consultation postnatale est recommandée et est à réaliser dans les six à huit semaines du postpartum (accord professionnel). Elle clôturera le suivi de grossesse et permet, si besoin, de proposer à la patiente une prise en charge adaptée : questionner le vécu de l'accouchement et des suites de couches, lui permettre de s'exprimer à ce sujet, évaluer les conséquences sur sa santé physique et psychique, prescrire une contraception qui lui convienne, rechercher des facteurs de risque pour une future grossesse et l'orienter vers une rééducation périnéale (HAS, 2014).

### **Rééducation périnéale**

Même si aucun essai randomisé n'a évalué la rééducation périnéale chez des femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme (CNGOF, 2015), une rééducation périnéale du post-partum est recommandée en cas

d'incontinence urinaire (grade A) ou anale (grade C) persistant à trois mois de l'accouchement (Deffieux, Vieillefosse, Billecocq, Battut, Nizard, Coulm & Thubert, 2015 ; Battut & Nizard, 2016). Rappelons d'ailleurs que beaucoup de femmes ne savent pas ce qu'est le périnée avant d'accoucher (Mourichon, 2012). De plus, la méthode CMP « Connaissance et Maitrise du Périnée » améliore la fonction sexuelle féminine dans son ensemble (désir, excitation, douleur, lubrification, satisfaction, orgasme), et particulièrement sur le domaine « désir » (Durfort, 2018).

Connaître son périnée c'est savoir le décontracter volontairement et ainsi faciliter la pénétration (et éviter les dyspareunies), c'est pouvoir le contracter consciemment afin d'assurer la continence, et c'est également apprendre à reconnaître ses nouvelles perceptions vaginales et les modifications physiologiques liées à la montée de l'excitation sexuelle.

La rééducation périnéale, se réalise en général dans les trois mois suivant l'accouchement et selon « les trois cons de la rééducation », le con désignant le sexe de la femme (Guillo & Lopes, 2018) :

CONnaissances (expliquer, informations)

CONscience (sensations du périnée, du bassin, de la respiration)

COMpétence (intégration de l'axe urinaire, sexuel et anorectal)

La rééducation périnéale contribue à la connaissance et à l'investissement de son périnée ainsi qu'à l'amélioration de son image génitale.

## PROBLÉMATIQUE

---

Depuis la naissance de son concept en 1974, la santé sexuelle prend une place importante au sein de la santé globale. Promouvoir, maintenir et développer la santé sexuelle c'est parler de qualité de vie sexuelle et de bien-être sexuel, c'est réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST), c'est limiter les grossesses non désirées, c'est diminuer les violences sexuelles et leurs conséquences biopsychosociales. Sa promotion passe par la sensibilisation de la population et des professionnels en améliorant leurs connaissances au sujet de la sexualité et de la santé sexuelle, en développant leurs compétences psychosociales et leur savoir-être.

Les sages-femmes et les gynécologues sont des spécialistes de la zone génitale. Ils sont en permanence confrontés à l'intimité des couples en général et des femmes en particulier. Il leur est impossible en ce sens de scotomiser une des principales fonctions de la zone génitale qu'est la sexualité.

Malgré cette place très particulière qu'occupe la sage-femme et en dépit de l'importance de la santé sexuelle et de ses implications, les tabous au sujet de la sexualité persistent : autant de la part des femmes qui n'osent pas poser leurs questions que du personnel qui attend que la demande émane de ces dernières.

C'est parce qu'il y a eu sexualité qu'il y a parentalité. Or, de manière générale, les dysfonctions sexuelles féminines sont fréquentes, le désir féminin fragile, la vaginalité rarement ou partiellement conscientisée et les connaissances au sujet de l'anatomie féminine et de la sexualité insuffisantes. Nous comprenons aisément que les périodes très particulières de la grossesse et du post-partum peuvent venir perturber la santé sexuelle des femmes et des couples.

La société projette une image idéalisée de la grossesse et de la parentalité mais elle est loin d'être un conte de fée. Le propos ici n'est pas de détailler tous les parcours possibles des couples (Histoire personnelle et familiale, aide médicale à la procréation (AMP), fausses couches, interruption médicale de grossesse (IMG), mort fœtale in utero (MFIU), etc...) mais de comprendre qu'une grossesse et la naissance d'un enfant représentent toujours des événements singuliers dans l'histoire personnelle et familiale de ces derniers.

La sage-femme accompagne les femmes depuis la déclaration de la grossesse jusqu'à la rééducation périnéale en passant par l'entretien prénatal individuel (EPI), les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), les consultations mensuelles de grossesse, la réalisation des échographies dans le cadre du suivi de grossesse, l'accompagnement du travail et de l'accouchement, les suites de couches et la consultation post-natale. C'est une interlocutrice privilégiée.

Une fois la grossesse annoncée, le désir sexuel procréatif est assouvi et le désir sexuel récréatif peut parfois s'estomper voire disparaître. La sexualité pendant la grossesse est souvent reléguée au second plan, derrière la considération de l'enfant à naître. Elle n'est pas parlée, au même titre que l'intimité, la complicité ou la sensualité. Cependant, de nombreux couples rencontrent des difficultés sexuelles pendant la grossesse, parfois même très précocement. Ils patientent en pensant qu'une fois l'enfant né, la situation se rétablira d'elle-même. C'est une source de désillusions et de peurs lorsqu'ils se rendent compte que ce n'est pas le cas.

L'état psychologique et l'expérience de la grossesse sont très variables selon les femmes. Les mères en devenir sont dans une perpétuelle ambivalence entre le désir et le non-désir d'enfant. Cette ambivalence est souvent citée comme responsable de l'apparition de multiples symptômes pendant la grossesse.

Le terme, la voie et les conditions de l'accouchement, l'état du périnée et l'existence d'une déchirure ou d'une épisiotomie, les circonstances de la délivrance, le vécu obstétrical/psychologique/socioculturel de l'accouchement, l'éventuelle séparation mère/nouveau-né à la naissance, le vécu des suites de couches et du mode d'alimentation choisi pour l'enfant sont autant de paramètres à considérer, et ce de manière individuelle, pour chaque femme et chaque couple dont nous avons la charge.

En plus des douleurs décrites par les femmes en suites de couches (périnéales, anales/hémorroïdaires, lombaires, mammaires, céphalées), de l'inconfort des lochies ou d'une éventuelle incontinence urinaire/anale, la fatigue est systématiquement présente et formulée par les patientes (fatigue majorée à la fin de la grossesse, liée aux difficultés rencontrées à l'accouchement, à la perte sanguine physiologique ou pathologique, aux pleurs du nourrisson, à l'allaitement ou aux comportements que la femme doit adopter pour s'adapter au rythme de son enfant).

Les conséquences psychologiques sont nombreuses dans la période du post-partum : le baby-blues, la préoccupation maternelle primaire (l'attention de la jeune mère est focalisée sur l'enfant et donc détournée de son propre corps), la modification de la généalogie intrafamiliale, le vécu de la grossesse et de l'accouchement, la peur d'une nouvelle grossesse et l'atteinte de la sphère uro-génitale et de l'image de soi.

Pendant le séjour à la maternité et avant le retour à domicile, les sages-femmes et l'ensemble des professionnels de santé (auxiliaires de puériculture, puéricultrices, pédiatres et gynécologues) délivrent une grande quantité d'informations à la patiente et au couple concernant les soins à prodiguer à l'enfant, à elle-même, les rendez-vous à honorer, les signaux d'alerte à repérer, les différents moyens de contraception existants et possibles dans le post-partum, les conseils hygiéno-diététiques tels qu'éviter de prendre des bains, de mettre des tampons ou d'aller à la piscine pendant au moins un mois et d'éviter de porter des charges lourdes afin de préserver le périnée. A travers ces différentes informations, la question de la sexualité est contournée et non explicitement abordée. Or, nous savons que la majorité des couples rencontre des difficultés sexuelles après un accouchement.

Selon un raisonnement clinique et à travers cette connaissance de la physiopathologie et de la psychologie périnatale d'une part, la mise en lumière des problèmes sexuels et conjugaux rencontrés dans la période du post-partum d'autre part et en connaissant, pour finir, la place privilégiée qu'occupe la sage-femme, de nombreuses questions se posent à nous.

Comment expliquer qu'en dépit des statistiques élevées, selon lesquelles le désir sexuel des femmes en post-partum est diminué voire absent, celles-ci pensent être les seules à vivre cette situation ? Pourquoi la sexualité et la reprise de la sexualité n'est pas explicitement abordée à la maternité ? Est-ce que les professionnels se basent sur le postulat que les patientes ne sont pas et ne peuvent pas être demandeuses à ce sujet si tôt après un accouchement ? Les patientes venant d'accoucher ont-elles besoin d'informations au sujet de la reprise de la sexualité en post-partum ? Sont-elles préoccupées en termes de santé sexuelle au sujet d'une nouvelle grossesse, de la guérison du périnée, d'une possible douleur lors d'un rapport sexuel pénétrant, de la présence de pertes vaginales, de leur désirabilité, de leur désir sexuel ou de leur satisfaction sexuelle ? Peut-on retrouver des indicateurs (parité, âge, vécu de l'accouchement ou état du périnée par exemple) amplifiant ou atténuant ces préoccupations maternelles ? Ou permettant de cibler les patientes en demande d'informations ? Comment se sentent les multipares face à la question de la reprise de la sexualité ? L'expérience du

premier enfant est-elle aidante ? Ressentent-elles de nouvelles préoccupations ? Nous allons tenter à travers ce mémoire de répondre aux questions ainsi soulevées selon deux axes principaux. Nous nous demandons si les femmes venant d'accoucher, en service de maternité :

- Sont-elles préoccupées au sujet de leur santé sexuelle, au sujet de la reprise de leur sexualité ?
- Souhaitent-elles recevoir des informations à ce sujet ?

## **HYPOTHÈSES**

---

### **I. Quelles sont les préoccupations des femmes, à la maternité, au sujet de la santé sexuelle du post-partum ?**

- A. Nous faisons l'hypothèse que les patientes, à la maternité, sont préoccupées au sujet de la sexualité du post-partum dans de nombreux domaines.
- B. Que l'intensité de ces préoccupations est corrélée à des facteurs tels que la parité, l'âge, le vécu de la grossesse, la voie d'accouchement, l'état du périnée, le vécu de l'accouchement, l'existence d'antécédents de difficultés à la reprise de la sexualité lors d'un précédent accouchement, la prise de poids pendant la grossesse, l'allaitement, etc.

### **II. Ressentent-elles un besoin d'informations à ce sujet à la maternité ?**

- A. Nous pensons que peu de femmes ont reçu une information concernant la reprise de la sexualité en service de maternité.
- B. Nous pensons que toutes les femmes ne sont pas en demande d'informations au sujet de la reprise de la sexualité à la maternité :
  - i. nous supposons que les primipares sont davantage en demande d'informations en comparaison des multipares,
  - ii. nous pensons que les patientes préoccupées en matière de santé sexuelle sont en demande d'informations relatives à la reprise de la sexualité,
  - iii. nous croyons que les patientes, ayant bénéficié d'informations concernant la sexualité du post-partum pendant leur grossesse, sont moins préoccupées à ce sujet en service de maternité que celles n'ayant pu en bénéficier.

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

---

Afin de vérifier nos hypothèses de recherche, nous avons souhaité réaliser cette étude au sein de l'Hôpital, Femme, Mère, Enfant de Metz appartenant au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz-Thionville. Nous avons au préalable présenté notre projet à notre cadre supérieure de Santé et aux cadres de santé des services de maternité et de salle de naissance.

Nous avons ensuite soumis notre projet au médecin de santé publique et coordonnateur médical de la Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique (PARC) du CHR qui a classé notre projet comme une évaluation des pratiques professionnelles.

### **LA POPULATION**

#### **Critères d'inclusion**

L'étude concerne toutes les accouchées hospitalisées en service de suites de couches ou en unité Kangourou (hospitalisation concomitante dans une même chambre de la mère et de son enfant lorsque ce dernier nécessite des soins spécifiques) parlant et comprenant le français qui acceptent de répondre au questionnaire.

#### **Critères d'exclusion**

Sont exclues de l'enquête, les patientes

- refusant de participer à l'enquête
- présentant une barrière linguistique orale et/ou écrite
- les patientes mineures
- ayant eu recours à une interruption thérapeutique de grossesse
- pour lesquelles l'issue de la grossesse est une mort fœtale in utero
- dont le contexte psychosocial est défavorable (enfant(s) placé(s), conjoint incarcéré, contexte de violences conjugales, toxicomanie etc.)
- dont l'état de santé ou celui de l'enfant est altéré au moment de l'enquête

## **LE MATÉRIEL**

Aucun questionnaire validé adapté à notre étude n'a été retrouvé dans la littérature. Ainsi, nous avons décidé d'en créer un à partir de nos besoins et de données existantes. L'élaboration de ce dernier a été appuyée par un sexologue et gynécologue-obstétricien de formation et supervisée par un docteur en psychologie et psychologue clinicienne.

Nous avons ensuite proposé le questionnaire auprès de patientes volontaires afin de l'adapter en fonction des remarques suggérées, tant sur la forme que sur son contenu. Ainsi, certains termes ont dû être précisés : épisiotomie, périnée ou incontinence par exemple. Le questionnaire définitif et tel que distribué au cours de l'étude est présenté en document annexe ci-après (annexe 2).

Le questionnaire se compose de quatre parties :

- la première permet de définir les renseignements anthropométriques de la population interrogée (âge, catégorie socioprofessionnelle, indice de masse corporelle, parité, etc.),
- la deuxième interroge la grossesse et l'accouchement (âge gestationnel, vécu de la grossesse, voie d'accouchement, état du périnée, vécu de l'accouchement, etc.),
- la troisième questionne les patientes au sujet de l'information (non) reçue ou (non) souhaitée concernant la reprise de la sexualité dans le post-partum en service de maternité,
- la quatrième évalue l'intensité des préoccupations ressenties par les femmes au sujet de 16 critères touchant à la santé sexuelle.

## **LE PROTOCOLE**

L'enquête a débuté le 26 Janvier 2018 et s'est terminée le 31 Mars de la même année soit sur une durée de 79 jours.

Nous avons mis à contribution l'ensemble des sages-femmes en poste en suites de couche au moment de l'étude afin de distribuer les questionnaires.

Le questionnaire est remis en format papier, sur trois pages imprimées en recto-verso. Il est évidemment présenté par oral comme par écrit comme étant anonyme et non obligatoire. La participation à l'étude n'est pas rémunérée.

De plus, dans l'éventualité où ce dernier soulèverait des interrogations ou des difficultés chez les répondantes, nous nous sommes engagés à y répondre dans les plus brefs délais soit directement en nous déplaçant à la maternité (sur demande des patientes auprès des sages-femmes) soit par voie de mail.

Le questionnaire est proposé à chaque patiente au moment où la sage-femme transmet diverses informations et conseils relatifs à la sortie de la maternité et au retour à domicile (en particulier au sujet des soins du périnée ou de la prescription d'une contraception si elle est souhaitée). Ce temps d'échange a lieu en général la veille du jour prévisionnel de sortie mais il peut être décalé pour des raisons médicales ou organisationnelles.

Une fois rempli (ou non), les patientes peuvent, selon leur choix, laisser le questionnaire dans leur chambre au moment de leur sortie ou le remettre directement à un professionnel de santé du service.

Nous avons ainsi distribué 192 questionnaires et 135 ont été récupérés remplis, soit un taux de réponse de 70,3%.

## **L'ANALYSE DES DONNÉES**

Les données des répondantes ont été intégrées manuellement dans un tableur Excel (Microsoft Office Excel 2007) puis analysées :

- d'une part à l'aide d'une feuille de calcul Excel pour les statistiques descriptives,
- d'autre part, à l'aide du logiciel SPSS Statistics Version 22, pour les statistiques inférentielles et éventuelles corrélations.

**Tableau 1** : Caractéristiques des participantes.

<b>Indicateur (N)</b>	<b>Moyenne (E-Type)</b>	<b>Pourcentage (n)</b>
<b>Age (133)</b>	<b>30,20 (4,42)</b>	
<b>IMC avant la grossesse (132)</b>	<b>24 (5,05)</b>	
<b>Catégorie socioprofessionnelle (129)</b>		
Employés		<b>53% (69)</b>
Cadres et professions intellectuelles supérieures		<b>21% (27)</b>
Autres personnes sans activité professionnelle		<b>13% (17)</b>
Artisans commerçants et chefs d'entreprise		<b>5% (6)</b>
Ouvriers		<b>2% (3)</b>
Agriculteurs exploitants		<b>0% (0)</b>
Retraités		<b>0% (0)</b>
<b>En couple (133)</b>		<b>100% (133)</b>
<b>Parité (133)</b>		
Multipares		<b>55% (73)</b>
Primipares		<b>45% (60)</b>

Les répondantes sont âgées en moyenne de 30,20 ans (133), écart-type 4,42.

Elles présentent un Indice de Masse Corporelle (IMC) en moyenne à 24 (132), écart-type 5,05.

Les patientes ayant rempli le questionnaire sont pour 53% (69) d'entre elles des employées, pour 21% (27) des cadres et professions intellectuelles supérieures, pour 13% (17) sans activité professionnelle, pour 5% (6) des artisans commerçants et chefs d'entreprise, pour 2% (3) des ouvriers. Aucune n'a déclaré être agriculteur exploitant ou retraité.

Au moment de l'enquête, elles sont 100% à déclarer être en couple.

55% (73) d'entre elles assurent être multipares et 45% (60) primipares.

## RÉSULTATS

---

Les résultats sont présentés, après analyse statistique, dans le même ordre que celui du questionnaire.

**Tableau 2** : Pourcentages et effectifs des données relatives à l'histoire de la grossesse et au déroulement de l'accouchement des patientes interrogées.

<b>Indicateur (N)</b>	<b>Pourcentage (n)</b>
<b>Patientes multipares ayant rencontré des difficultés à la reprise de la sexualité après leur ou leurs accouchement(s) précédent(s) (72)</b>	<b>35% (25)</b>
<b>Grossesse obtenue par un processus d'AMP (133)</b>	<b>14% (18)</b>
<b>Grossesses gémellaires (133)</b>	<b>3% (4)</b>
<b>Age gestationnel (134)</b>	
A terme (> ou égal à 37 SA)	<b>95% (127)</b>
Prématurés (<37 Semaines d'aménorrhées)	<b>5% (7)</b>
<b>Voie d'accouchement (135)</b>	
Sans aide instrumentale	<b>70% (95)</b>
Avec aide instrumentale	<b>16% (21)</b>
Césarienne en urgence	<b>10% (14)</b>
Césarienne programmée	<b>4% (5)</b>
<b>Etat du périnée (115)</b>	
Lésions périnéales	<b>62% (71)</b>
Périnée intact (sans délabrement périnéal)	<b>30% (34)</b>
Episiotomie	<b>8% (9)</b>
Lésion périnéale et Episiotomie	<b>&lt;1% (1)</b>
<b>Enfant hospitalisé à la naissance (135)</b>	<b>7% (10)</b>

---

35% (25) des patientes multipares ayant répondu au questionnaire ont rencontré des difficultés à la reprise de la sexualité après leur ou leurs accouchement(s) précédent(s).

14% (18) des répondantes ont eu recours, pour cette grossesse, à une Aide Médicale à la Procréation (AMP).

3% (4) ont mené une grossesse gémellaire.

95% (127) des grossesses ont été menées à terme alors que 5% (7) des répondantes ont accouché prématurément (avant 37 semaines d'aménorrhées).

70% (95) des femmes ont accouché par voie basse sans aide instrumentale et 16% (21) par voie basse avec une aide instrumentale (ventouse, forceps ou spatules). 10% (14) ont été césarisées en urgence et 4% (5) l'ont été de manière programmée.

Pour les patientes ayant accouché par voie basse, 62% (71) déclarent des lésions périnéales, 8% (9) une épisiotomie, 30% (34) un périnée intact et une participante signale l'association d'une épisiotomie et de lésions périnéales.

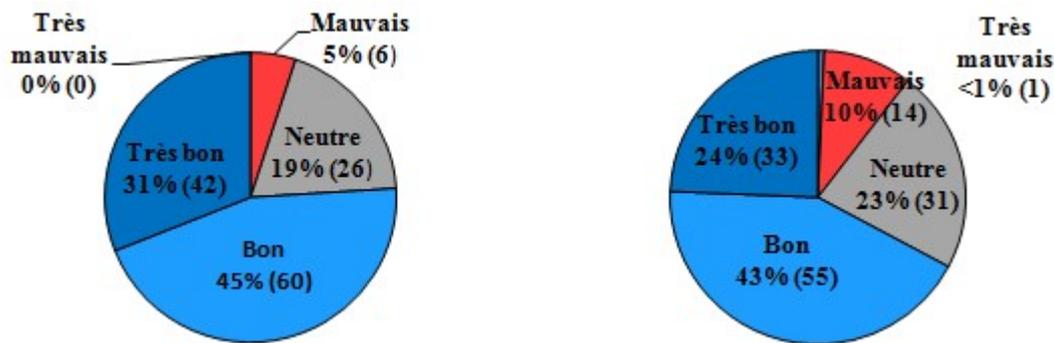
A l'issue de l'accouchement, 7% (10) des nouveau-nés ont été hospitalisés.

**Tableau 3** : Moyenne, écart-type, maximum et minimum de la prise de poids des participantes au cours de leur grossesse (N=132).

Moyenne (E-type)	<b>13,91 (5,47)</b>
Maximum	34
Minimum	0

Au cours de leur grossesse, les patientes ont pris en moyenne 13,91 kg (132), écart-type 5,47, avec un maximum de gain de poids de 34 kg et un minimum de 0 kg.

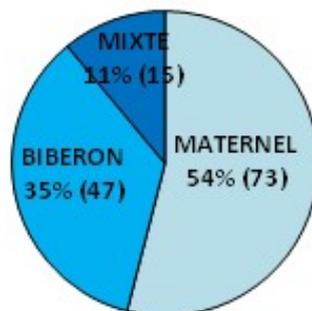
**Graphique 1 :** Pourcentages et effectifs relatifs au vécu de la grossesse (secteur de gauche, N=134) et au vécu de l'accouchement des patientes (secteur de droite, N=134).



Concernant le vécu de leur grossesse, il a été très bon pour 31% (42), bon pour 45% (60), neutre pour 19% (26) et mauvais pour 5% (6) des participantes. Aucune femme n'a déclaré un très mauvais vécu de sa grossesse.

Au sujet du vécu de l'accouchement, il est décrit comme très bon pour 24% (33), bon pour 43% (55), neutre pour 23% (31), mauvais pour 10% (14) des patientes et très mauvais pour 1 déclarante.

**Graphique 2 :** Pourcentages et effectifs relatifs au mode d'alimentation choisi (N=135).



54% (73) des femmes interrogées ont choisi d'allaiter leur(s) enfant(s), 11% (15) ont préféré un allaitement mixte et 35% (47) ont opté pour le mode d'alimentation au lait artificiel.

**Tableau 4** : Pourcentages et effectifs des réponses aux questions concernant l'information en santé sexuelle des femmes au cours de leur grossesse et de leur hospitalisation en service de suites de couches.

« Intitulé de la question » (N)	OUI (n)	NON (n)	Réponses au choix (n)
<u>«Avez-vous reçu des informations relatives à la reprise de la sexualité au cours de votre grossesse »</u> (134)	<b>35%</b> (47)	<b>65%</b> (87)	
« si oui était-ce une demande de votre part ? » (47)	<b>15%</b> (7)	<b>85%</b> (40)	
« <u>Avez-vous bénéficié, depuis votre accouchement, d'informations relatives à la reprise de la sexualité ?</u> » (134)	<b>31%</b> (41)	<b>69%</b> (93)	
- « En salle d'accouchement ? » (134)	<b>9%</b> (12)	<b>91%</b> (122)	
« si oui était-ce une demande de votre part ? » (12)	<b>8%</b> (1)	<b>92%</b> (11)	
- « En service de suites de couches ? » (134)	<b>28%</b> (38)	<b>72%</b> (96)	
« si oui était-ce une demande de votre part ? » (38)	<b>8%</b> (3)	<b>92%</b> (35)	
« Auriez-vous souhaité, au cours de votre séjour à la maternité, recevoir une information relative à la reprise de la sexualité après un accouchement ? » (132)	<b>53%</b> (70)	<b>47%</b> (62)	
Primipares	<b>49%</b> (34)	<b>39%</b> (24)	
Multipares	<b>50%</b> (35)	<b>60%</b> (37)	
« Si non, pour quelle(s) raison(s) ? » (60)			
<i>Je n'ai pas besoin d'informations à ce sujet</i>			<b>52%</b> (31)
<i>Il est trop tôt pour en parler</i>			<b>43%</b> (26)
<i>Je ne suis pas intéressée</i>			<b>3%</b> (2)
<i>Autre raison</i>			<b>3%</b> (2)
<i>C'est un sujet que je ne souhaite pas aborder</i>			<b>&lt;1%</b> (1)

35% (47) des répondantes ont reçu une information relative à la reprise de la sexualité au cours de leur grossesse contre 65% (87) qui n'en n'ont pas reçu. Pour 85% (40) cette information ne résulte pas d'une demande de leur part.

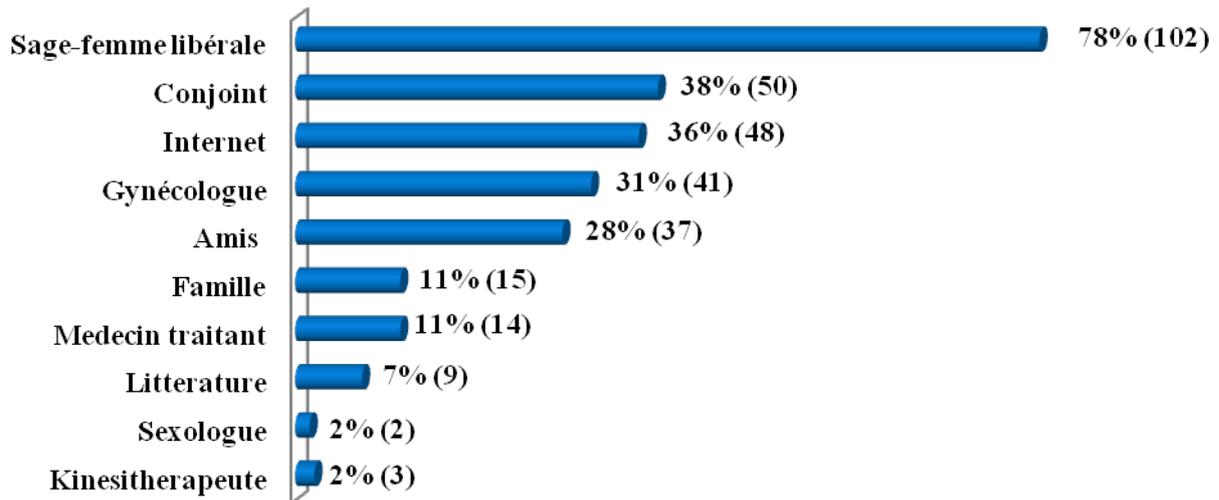
31% (41) des femmes indiquent avoir bénéficié d'informations relatives à la reprise de la sexualité depuis leur accouchement :

- 9% (12) en salle d'accouchement (dans 92% (11) des cas cette information ne résulte pas d'une demande de leur part),
- 28% (38) en service de suite de couches (dans 92% (35) des cas cette information ne résulte pas d'une demande de leur part).

53% (70) des participantes souhaitent recevoir une information relative à la reprise de la sexualité au cours de leur séjour à la maternité contre 47% (62) qui ne souhaitent pas en bénéficier. Concernant les patientes qui souhaitent recevoir une information, 49% (34) sont primipares et 50% (35) sont multipares. Celles qui ne désirent pas d'informations sont à 39% (24) des primipares et à 60% (37) des multipares.

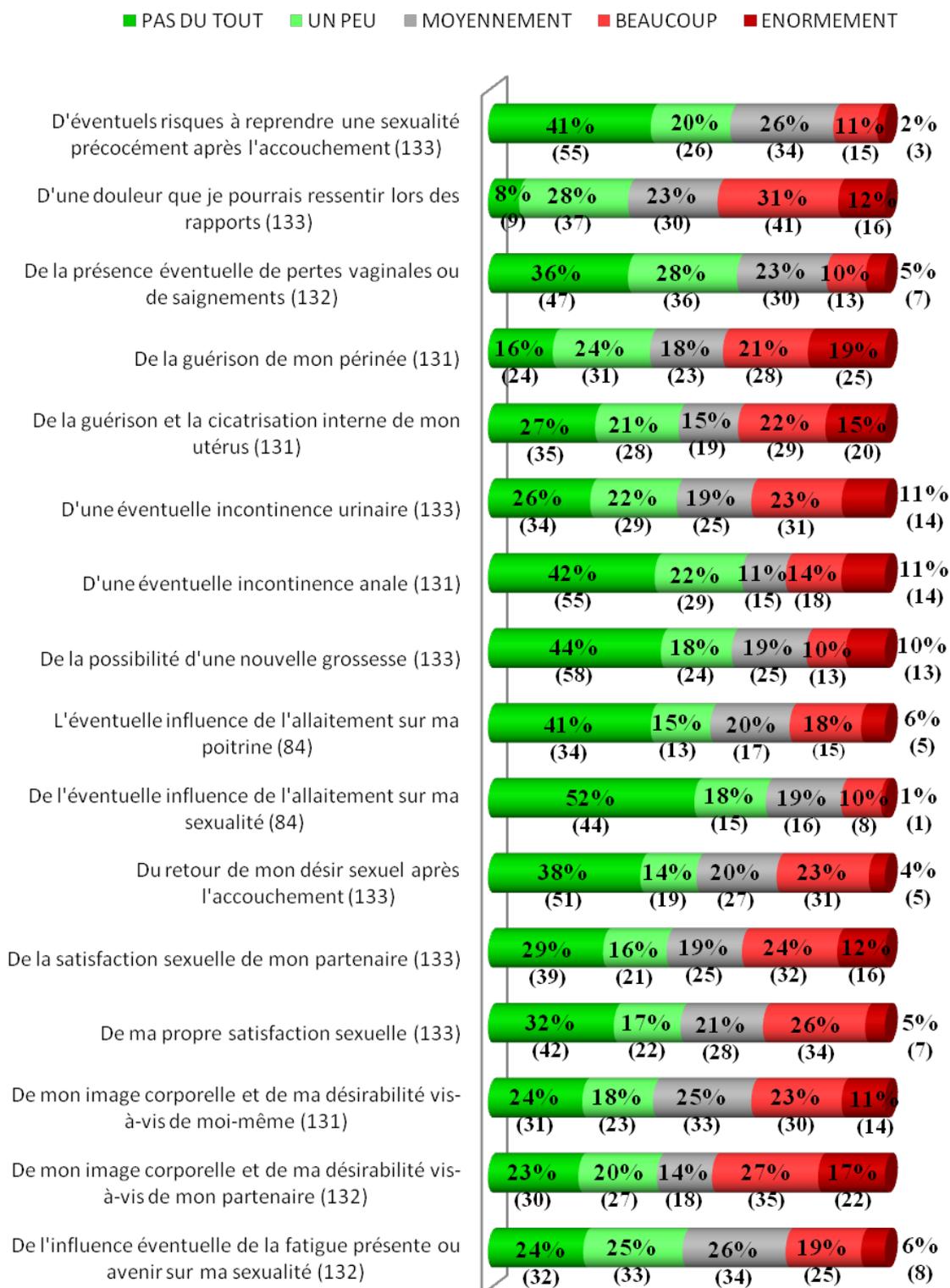
Pour ces dernières, les raisons énoncées pour justifier le refus sont pour 52% (31) « *je n'ai pas besoin d'informations à ce sujet* », pour 43% (26) « *il est trop tôt pour en parler* », pour 3% (2) « *je ne suis pas intéressée* », 3% (2) citent une « *autre raison* » et pour moins de 1% (1) c'est un sujet qui n'est pas souhaité être abordé.

**Graphique 3 :** Pourcentages et effectifs des réponses à la question : « *Si vous vous interrogez à ce sujet une fois sortie de la maternité, auprès de qui iriez-vous chercher l'information ?* » (N=132).



Une fois sortie de la maternité, si les patientes s'interrogent au sujet de la reprise de la sexualité, elles recherchent l'information auprès d'une sage-femme libérale pour 78% (102) d'entres elles, de leur conjoint pour 38% (50), sur internet pour 36% (48), auprès d'un gynécologue pour 31% (41), auprès d'amis pour 28% (37), auprès de la famille pour 11% (15), auprès du médecin traitant pour 11% (14), dans la littérature pour 7% (9), auprès d'un sexologue pour 2% (2) ou d'un kinésithérapeute pour 2% (3).

**Graphique 4** : Pourcentages et effectifs de l'intensité des préoccupations ressenties par les répondantes au sujet de leur santé sexuelle après leur accouchement. Elles cochaient l'intensité souhaitée en répondant à « *Je me sens préoccupée à propos de ...* ».



Concernant l'existence d'éventuels **risques à reprendre une sexualité précocement** après l'accouchement, les répondantes (133) se sentent énormément préoccupées pour 2% (3) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 11% (15), moyennement préoccupées pour 26% (34), un peu préoccupées pour 20% (26) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 41% (55).

Au sujet d'une éventuelle **douleur qu'elles pourraient ressentir lors des rapports** sexuels, les femmes (133) se sentent énormément préoccupées pour 12% (16) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 31% (41), moyennement préoccupées pour 23% (30), un peu préoccupées pour 28% (37) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 8% (9).

A propos de la présence éventuelle **de pertes vaginales ou de saignements**, les patientes (132) se sentent énormément préoccupées pour 5% (7) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 10% (13), moyennement préoccupées pour 23% (30), un peu préoccupées pour 28% (36) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 36% (47).

Concernant la **guérison de leur périnée**, les répondantes (131) se sentent énormément préoccupées pour 19% (25) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 21% (28), moyennement préoccupées pour 18% (23), un peu préoccupées pour 24% (31) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 16% (24).

Au sujet de la **guérison et de la cicatrisation interne de leur utérus**, les répondantes (131) se sentent énormément préoccupée pour 15% (20) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 22% (29), moyennement préoccupées pour 15% (19), un peu préoccupées pour 21% (28) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 27% (35).

A propos d'une éventuelle **incontinence urinaire**, les femmes (133) se sentent énormément préoccupées pour 11% (14) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 23% (31), moyennement préoccupées pour 19% (25), un peu préoccupées pour 22% (29) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 26% (34).

Concernant une éventuelle **incontinence anale**, les patientes (131) se sentent énormément préoccupées pour 11% (14) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 14% (18), moyennement préoccupées pour 11% (15), un peu préoccupées pour 22% (29) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 42% (55).

Au sujet de la **possibilité d'une nouvelle grossesse**, les répondantes (133) se sentent énormément préoccupée pour 10% (13) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 10% (13), moyennement préoccupées pour 19% (25), un peu préoccupées pour 18% (24) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 44% (58).

A propos de l'éventuelle **influence de l'allaitement sur leur poitrine**, les femmes (84) se sentent énormément préoccupées pour 6% (5) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 18% (15), moyennement préoccupées pour 20% (17), un peu préoccupées pour 15% (13) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 41% (34).

Concernant l'éventuelle **influence de l'allaitement sur leur sexualité**, les patientes (84) se sentent énormément préoccupées pour 1% (1) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 10% (8), moyennement préoccupées pour 19% (16), un peu préoccupées pour 18% (15) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 52% (44).

Au sujet du **retour de leur désir sexuel** ou de leur intérêt sexuel après l'accouchement, les répondantes (133) se sentent énormément préoccupées pour 4% (5) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 23% (31), moyennement préoccupées pour 20% (27), un peu préoccupées pour 14% (19) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 38% (51).

A propos de la **satisfaction sexuelle de leur partenaire**, les femmes (133) se sentent énormément préoccupées pour 12% (16) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 24% (32), moyennement préoccupées pour 19% (25), un peu préoccupées pour 16% (21) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 29% (39).

Concernant **leur propre satisfaction sexuelle**, les femmes (133) se sentent énormément préoccupées pour 5% (7) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 26% (34), moyennement préoccupées pour 21% (28), un peu préoccupées pour 17% (22) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 32% (42).

Au sujet de leur **image corporelle et de leur désirabilité vis-à-vis d'elles-mêmes**, les patientes (131) se sentent énormément préoccupées pour 11% (14) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 23% (30), moyennement préoccupées pour 25% (33), un peu préoccupées pour 18% (23) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 24% (31).

A propos de leur **image corporelle et de leur désirabilité à l'égard de leur partenaire**, les répondantes (132) se sentent énormément préoccupées pour 17% (22) d'entre elles,

beaucoup préoccupées pour 27% (35), moyennement préoccupées pour 14 (18), un peu préoccupées pour 20% (27) et ne se sentent pas du tout préoccupées pour 23% (30).

Concernant l'éventuelle **influence de la fatigue présente ou à venir sur leur sexualité**, les femmes (132) se sentent énormément préoccupées pour 6% (8) d'entre elles, beaucoup préoccupées pour 19% (25), moyennement préoccupées pour 26% (34), un peu préoccupées pour 25% (33) ne se sentent pas du tout préoccupées pour 24% (32).

Avant de poursuivre la présentation des résultats de notre enquête, voici la codification des niveaux de préoccupation mise en place lors de l'analyse des résultats :

1 = Pas du tout

2 = Un peu

3 = Moyennement

4 = Beaucoup

5 = Enormément.

**Tableau 5** : Moyennes et écart-types des intensités de préoccupations maternelles au sujet de leur santé sexuelle en post-partum.

<b>Préoccupations</b>	<b>Moyenne (E-type)</b>
éventuels <b>risques à reprendre une sexualité précocement</b> après l'accouchement	(n=133) <b>2,14</b> (1,15)
Eventuelle <b>dyspareunie</b> dans le post-partum	(n=133) <b>3,14</b> (1,15)
la présence éventuelle <b>de pertes vaginales ou de saignements</b>	(n=132) <b>2,2</b> (1,16)
la <b>guérison de leur périnée</b>	(n=131) <b>2,99</b> (1,4)
la <b>guérison et de la cicatrisation interne de leur utérus</b>	(n=131) <b>2,78</b> (1,44)

	(n=133)
une éventuelle <b>incontinence urinaire</b>	<b>2,71</b> (1,35)
	(n=131)
une éventuelle <b>incontinence anale</b>	<b>2,29</b> (1,41)
	(n=133)
<b>la possibilité d'une nouvelle grossesse</b>	<b>2,24</b> (1,36)
	(n=133)
<b>retour de leur désir sexuel</b> ou de leur intérêt sexuel après l'accouchement	<b>2,4</b> (1,31)
	(n=133)
<b>la satisfaction sexuelle de leur partenaire</b>	<b>2,74</b> (1,41)
	(n=133)
<b>leur propre satisfaction sexuelle</b>	<b>2,56</b> (1,31)
	(n=131)
<b>leur image corporelle et de leur désirabilité vis-à-vis d'elles-mêmes</b>	<b>2,79</b> (1,32)
	(n=132)
<b>leur image corporelle et de leur désirabilité à l'égard de leur partenaire</b>	<b>2,94</b> (1,43)
	(n=132)
<b>influence de la fatigue présente ou à venir sur leur sexualité</b>	<b>2,58</b> (1,22)
	(n=84)
éventuelle <b>influence de l'allaitement sur leur poitrine</b>	<b>2,33</b> (1,33)
	(n=84)
éventuelle <b>influence de l'allaitement sur leur sexualité</b>	<b>1,9</b> (1,1)

Les répondantes sont préoccupées par d'éventuels risques à reprendre une sexualité précocement après l'accouchement (n=133) en moyenne à 2,14 (1,15), par la survenue éventuelle de dyspareunies dans le post-partum (n=133) en moyenne à 3,14 (1,15), par la présence éventuelle de pertes vaginales ou de saignements (n=132) en moyenne à 2,2 (1,16), par la guérison de leur périnée (n=131) en moyenne à 2,99 (1,4), par la guérison et de la cicatrisation interne de leur utérus (n=131) en moyenne à 2,78 (1,44), par une éventuelle incontinence urinaire (n=133) en moyenne à 2,71 (1,35), par une éventuelle incontinence anale (n=131) en moyenne à 2,29 (1,41), par la possibilité d'une nouvelle grossesse (n=133)

en moyenne à 2,24 (1,36), par le retour de leur désir sexuel après l'accouchement (n=133) en moyenne à 2,4 (1,31), par la satisfaction sexuelle de leur partenaire (n=133) en moyenne à 2,74 (1,41), par leur propre satisfaction sexuelle (n=133) en moyenne à 2,56 (1,31), par leur image corporelle et de leur désirabilité vis-à-vis d'elles-mêmes (n=131) en moyenne à 2,79 (1,32), par leur image corporelle et de leur désirabilité à l'égard de leur partenaire (n=132) en moyenne à 2,94 (1,43), par l'influence de la fatigue présente ou à venir sur leur sexualité (n=132) en moyenne à 2,58 (1,22).

Les patientes ayant choisi l'allaitement maternel ou mixte sont préoccupées par une éventuelle influence de l'allaitement sur leur poitrine (n=84) en moyenne à 2,33 (1,33) et par une éventuelle influence de l'allaitement sur leur sexualité (n=84) en moyenne à 1,9 (1,1).

**Tableau 6** : Recherche de corrélations des niveaux de préoccupations des jeunes accouchées par rapport à l'âge, la parité et les difficultés sexuelles rencontrées lors d'un accouchement précédent ([C] signifie corrélation).

Préoccupations v	Indicateurs >	Âge	Parité	Difficultés sexuelles rencontrées (précédent accouchement)
<b>Présence de pertes vaginales ou de saignements</b>		<b>-,192*</b> ,028 130	.	.
<b>Dyspareunies</b>		.	[C1]	.
<b>Retour du désir sexuel</b>		.	[C2]	.
<b>Désirabilité à l'égard du partenaire</b>		.	[C3]	.
<b>Cicatrisation interne et guérison de l'utérus</b>		.	.	[C4]

En nous référant au tableau 6 nous constatons plusieurs corrélations significatives :

*- Âge*

Le niveau de préoccupation des répondantes (130) concernant les pertes vaginales et les saignements est significativement corrélé à l'âge. C'est-à-dire que **plus les femmes sont jeunes, plus elles se sentent préoccupées par la présence éventuelle de pertes vaginales ou de saignements** (tableau 6).

*- Parité*

**Tableau 7** : Relation entre la parité et le niveau de préoccupation maternelle concernant les dyspareunies [C1], le retour du désir sexuel [C2] et la désirabilité à l'égard de leur partenaire [C3] après l'accouchement.

	Primiparité	Multiparité	ddl	F	p
Préoccupations au sujet des <b>dyspareunies</b> dans le post-partum [C1]	(n=59) <b>3,22</b> (1,161)	(n=72) <b>3,06</b> (1,137)	70	1,655	,000
Préoccupations au sujet du <b>retour du désir sexuel</b> après l'accouchement [C2]	(n=59) <b>2,39</b> (1,352)	(n=72) <b>2,42</b> (1,286)	70	,125	,000
Préoccupations concernant leur image corporelle et leur <b>désirabilité à l'égard de leur partenaire</b> [C3]	(n=59) <b>3,34</b> (1,422)	(n=71) <b>2,58</b> (1,370)	128	,109	,002

Les primipares (59) sont préoccupées au sujet des **dyspareunies** dans le post-partum en moyenne à 3,22 (E-type 1,161) et les multipares (72) le sont en moyenne à 3,06 (E-type 1,137). Nous pouvons conclure, de manière significative, que les primipares sont davantage

préoccupées que les multipares concernant les dyspareunies du post-partum (F=1,655, ddl=70 et p=0,000).

Les primipares (59) sont préoccupées à propos du **retour du désir sexuel** après l'accouchement en moyenne à 2,39 (E-type 1,352) et les multipares (72) le sont en moyenne à 2,42 (E-type 1,286). Significativement, les primipares ne sont pas supérieurement préoccupées par rapport aux multipares concernant le retour du désir sexuel dans le post-partum (F=0,125, ddl=70 et p=0,000).

Les primipares (59) sont préoccupées au sujet de leur image corporelle et de leur **désirabilité à l'égard de leur partenaire** en moyenne à 3,34 (E-type 1,422) et les multipares (71) le sont en moyenne à 2,58 (E-type 1,370). Les primipares sont significativement plus préoccupées que les multipares à propos de leur image corporelle et de leur désirabilité à l'égard de leur partenaire après l'accouchement (F=0,109, ddl=128 et p=0,002).

*- Difficultés rencontrées chez les répondantes multipares à la reprise de la sexualité après leur(s) accouchement(s) précédent(s)*

**Tableau 8**: Statistiques de groupe et significativité concernant la corrélation entre les difficultés sexuelles rencontrées par les répondantes multipares à la reprise des rapports sexuels lors d'un accouchement précédent [C4] et leurs préoccupations concernant la guérison de l'utérus.

	<b>Difficultés sexuelles rencontrées</b> (25)	<b>Absence de difficultés sexuelles</b> (41)	ddl	F	p
Préoccupations au sujet de la guérison et de la <b>cicatrisation interne de l'utérus</b> [C4]	<b>3,32</b> (1,520)	<b>2,35</b> (1,251)	69	2,873	,005

Les patientes ayant rencontré des difficultés à la reprise des rapports sexuels lors d'un accouchement précédent (25) sont préoccupées au sujet de la guérison et de la cicatrisation interne de leur utérus en moyenne à 3,32 (E-type 1,520) et celles n'ayant jamais rencontré de telles difficultés (41) le sont à 2,35 (E-type 1,251). Nous pouvons constater que les patientes ayant rencontré des difficultés sexuelles lors d'un précédent accouchement sont davantage

préoccupées que celles n'en ayant jamais rencontré concernant les préoccupations relatives à la guérison et à la cicatrisation interne de l'utérus (F=2,873, ddl=69 et p=0,005).

**Tableau 9** : Recherche de corrélations entre des niveaux de préoccupations des jeunes accouchées par rapport à l'information reçue pendant la grossesse, la prise de poids pendant la grossesse et le vécu de la grossesse ([C] signifie corrélation).

Préoccupations ∨	Indicateurs >	Informations reçues pendant la grossesse	Prise de poids pendant la grossesse	Vécu de la grossesse
<b>Retour du désir sexuel</b>		[C5]	.	.
<b>Désirabilité vis-à-vis d'elle même</b>		.	,221* ,012 128	-,175* ,046 130
<b>Risques à reprendre une sexualité précocement</b>		.	.	-,272** ,002 132
<b>Risque d'incontinence urinaire</b>		.	.	-,207* ,017 132
<b>Risque d'incontinence anale</b>		.	.	-,189* ,031 130

En nous référant au tableau 9 nous constatons plusieurs corrélations significatives :

*- Informations relatives à la reprise de la sexualité reçues pendant la grossesse*

**Tableau 10** : Relation entre l'information des patientes pendant leur grossesse concernant la sexualité du post-partum et le niveau de préoccupation maternelle au sujet du retour du désir sexuel [C5] après l'accouchement.

	Patientes ayant reçu des informations relatives à la reprise de la sexualité pendant la grossesse	Patientes n'ayant pas reçu d'informations relatives à la reprise de la sexualité pendant la grossesse	ddl	F	p
Préoccupations au sujet du <b>retour du désir sexuel</b> après l'accouchement [C5]	(n=47) <b>2,04</b> (1,197)	(n=86) <b>2,59</b> (1,332)	131	2,114	,020

Les patientes ayant bénéficié d'une information pendant leur grossesse (47) sont préoccupées au sujet du retour de leur désir sexuel après l'accouchement en moyenne à 2,04 (E-type 1,197) alors que celles n'ayant reçu aucune information (86) le sont à 2,59 (E-type 1,332). Nous pouvons constater que les patientes n'ayant pas bénéficié d'informations pendant leur grossesse sont davantage préoccupées que les femmes en ayant reçu une concernant le retour du désir sexuel dans le post-partum ( $F=2,114$ ,  $ddl=131$  et  $p=0,020$ ).

#### *- Prise de poids pendant la grossesse*

Le niveau de préoccupation des répondantes (128) concernant leur image corporelle et leur désirabilité vis-à-vis d'elles-mêmes est significativement corrélé à la prise de poids pendant la grossesse. C'est-à-dire que, **plus elles ont pris de poids pendant leur grossesse, plus elles se sentent préoccupées au sujet de leur image corporelle et de leur désirabilité à l'égard d'elles-mêmes** (tableau 9).

#### *- Le vécu de la grossesse*

Le vécu de la grossesse est significativement corrélé aux niveaux de préoccupation des patientes dans quatre domaines : les éventuels risques à reprendre une sexualité précocement, l'image corporelle de la femme et sa désirabilité à l'égard d'elle-même, la survenue éventuelle d'une incontinence urinaire et celle d'une éventuelle incontinence anale après l'accouchement. C'est-à-dire que, **plus le vécu de la grossesse a été positif, moins les répondantes se sentent préoccupées à propos d'une reprise précoce des rapports sexuels, de leur désirabilité vis-à-vis d'elles même, d'une incontinence urinaire et/ou anale** (tableau 9).

**Tableau 11** : Recherche de corrélations entre les niveaux de préoccupation des jeunes accouchées et le terme de l'accouchement, le vécu de l'accouchement, l'état du périnée et le mode d'alimentation choisi ([C] signifie corrélation).

Préoccupations v	Indicateurs >	Terme de l'accouchement	Vécu de l'accouchement	Etat du périnée	Mode d'alimentation
<b>Dyspareunies</b>		<b>,193*</b>	<b>-,172*</b>		
		,027 132	,048 132	.	.
<b>Risque d'incontinence anale</b>		<b>,205*</b>			
		,019 130	.	.	.
<b>Guérison du périnée</b>		.	.	[C6]	.
<b>Cicatrisation interne et guérison de l'utérus</b>		.	.	[C7]	.
<b>Influence de l'allaitement sur sa sexualité</b>		.	.	.	[C8]
<b>Influence de l'allaitement sur sa poitrine</b>		.	.	.	[C9]

En nous référant au tableau 11 nous constatons plusieurs corrélations significatives :

**- Terme d'accouchement**

Le niveau de préoccupation des patientes (132) au sujet d'une douleur qu'elles pourraient ressentir lors des rapports sexuels après l'accouchement est significativement corrélé à l'âge gestationnel au moment de l'accouchement. C'est-à-dire que **plus le terme de grossesse est avancé au moment de l'accouchement, plus elles se montrent préoccupées par la survenue d'une douleur qu'elles pourraient ressentir lors des rapports sexuels en post-partum** (tableau 11).

Le niveau de préoccupation des femmes (130) à propos d'une éventuelle incontinence anale est également significativement corrélé à l'âge gestationnel au moment de l'accouchement. En somme, **plus le terme de grossesse est avancé au moment de l'accouchement, plus elles se sentent préoccupées au sujet d'une éventuelle incontinence anale** (tableau 11).

*- Le vécu de l'accouchement*

Le vécu de l'accouchement des patientes (132) est significativement corrélé à leur niveau de préoccupation concernant les dyspareunies. C'est-à-dire que, **plus le vécu de l'accouchement est positif, moins elles sont préoccupées au sujet d'une possible dyspareunie future** (tableau 11).

*- Etat du périnée*

**Tableau 12** : Relation entre l'état du périnée à l'accouchement et les niveaux de préoccupation au sujet de la guérison du périnée [C6] ou de l'utérus [C7].

	<b>Déchirure périnéale</b> (n=70)	<b>Épisiotomie</b> (n=9)	<b>Périnée intact</b> (n=33)	ddl	F	p
Préoccupations au sujet de la <b>guérison du périnée [C6]</b>	<b>3,26</b> (1,326)	<b>3,11</b> (1,364)	<b>2,24</b> (1,324)	112	4,580	,005
Préoccupations au sujet de la guérison et de la <b>cicatrisation interne de l'utérus [C7]</b>	<b>3,06</b> (1,392)	<b>2,56</b> (1,333)	<b>2,09</b> (1,357)	113	3,915	,011

Les patientes présentant une déchirure périnéale (70) sont préoccupées au sujet de la **guérison de leur périnée** en moyenne à 3,26 (E-type 1,326), celles ayant une épisiotomie (9) le sont à 3,11 (E-type 1,364) et celles ayant un périnée intact (33) le sont à 2,24 (E-type 1,324). Nous pouvons faire deux constatations :

- Les femmes présentant une **déchirure périnéale** sont davantage préoccupées que celles ayant un **périnée intact** par rapport à la guérison de leur périnée (F=4,580, ddl=112 et p=0,005).
- Les femmes présentant une **déchirure périnéale** sont davantage préoccupées que celles ayant eu une **épisiotomie** au cours de l'accouchement par rapport à la guérison de leur périnée (F=4,580, ddl=112 et p=0,005).

Les patientes présentant une déchirure périnéale (70) sont préoccupées au sujet de la **guérison et de la cicatrisation interne de leur utérus** en moyenne à 3,06 (E-type 1,392),

celles ayant une épisiotomie (9) le sont à 2,56 (E-type 1,333) et celles ayant un périnée intact (34) le sont à 2,09 (E-type 1,357). Nous pouvons constater que :

- Les femmes présentant une **déchirure périnéale** sont davantage préoccupées que celles ayant un **périnée intact** au moment de l'accouchement par rapport à la guérison et à la cicatrisation interne de leur utérus (F=3,915, ddl=113 et p=0,011).
- Les femmes présentant une **déchirure périnéale** sont davantage préoccupées que celles ayant eu une **épisiotomie** au cours de l'accouchement par rapport à la guérison et à la cicatrisation interne de leur utérus (F=3,915, ddl=113 et p=0,011).

*- Mode d'alimentation choisi pour leur enfant*

**Tableau 13** : Relation entre le mode d'alimentation choisi (allaitement maternel, mixte ou artificiel) et le niveau de préoccupation maternelle concernant l'éventuelle influence de l'allaitement sur leur sexualité [C8] ou sur leur poitrine [C9].

	<b>Allaitement maternel</b>	Allaitement mixte	Allaitement artificiel	ddl	F	p
Préoccupations au sujet de l'éventuelle <b>influence de l'allaitement sur leur sexualité</b> [C8]	(n=69) <b>1,90</b> (1,045)	(n=15) <b>1,87</b> (1,356)	(n=41) <b>1,00</b> (,224)	124	13,140	,000
Préoccupations au sujet de l'éventuelle <b>influence de l'allaitement sur leur poitrine</b> [C9]	(n=69) <b>2,28</b> (1,327)	(n=15) <b>2,60</b> (1,352)	(n=41) <b>1,05</b> (,352)	124	19,109	,000

Les patientes ayant choisi l'allaitement maternel (69) sont préoccupées au sujet de l'éventuelle **influence de l'allaitement sur leur sexualité** en moyenne à 1,90 (E-type 1,045), celles ayant choisi l'allaitement mixte (15) le sont en moyenne à 1,87 (E-type 1,356) et celles ayant opté pour l'allaitement artificiel (41) le sont en moyenne à 1,00 (E-type ,224).

Les patientes ayant choisi l'allaitement maternel (69) sont préoccupées à propos de l'éventuelle **influence de l'allaitement sur leur poitrine** en moyenne à 2,28 (E-type 1,327),

celles ayant choisi l'allaitement mixte (15) le sont en moyenne à 2,60 (E-type 1,352) et celles ayant opté pour l'allaitement artificiel (41) le sont en moyenne à 1,05 (E-type ,352).

Nous pouvons conclure que les **femmes ayant choisi un allaitement maternel exclusif ou un allaitement mixte sont d'avantage préoccupées par l'éventuelle influence de l'allaitement sur leur sexualité que celles ayant opté pour un allaitement artificiel** (F=13,140, ddl=124 et p=0,000) ainsi que sur l'éventuelle **influence de l'allaitement sur leur poitrine** (F=19,109, ddl=124 et p=0,000).

*- Souhait des patientes d'être informées, au cours du séjour à la maternité, à propos de la reprise de la sexualité dans le post-partum*

**Tableau 14** : Corrélation entre le souhait des femmes d'être informées au sujet de la sexualité du post-partum à la maternité et leurs niveaux de préoccupation.

	Patientes <b>souhaitant</b> recevoir des informations	Patientes <b>ne</b> <b>souhaitant pas</b> recevoir d'informations	ddl	F	p
Préoccupations au sujet d'éventuels <b>risques à reprendre une sexualité précocement</b> après l'accouchement	(n=70) <b>2,36</b> (1,180)	(n=61) <b>1,89</b> (1,082)	129	1,219	,019
Préoccupations au sujet des <b>dyspareunies</b> dans le post-partum	(n=70) <b>3,50</b> (1,113)	(n=61) <b>2,74</b> (1,079)	129	,043	,000
Préoccupations au sujet du <b>retour du désir sexuel</b> après l'accouchement	(n=70) <b>2,86</b> (1,311)	(n=61) <b>1,89</b> (1,112)	129	3,204	,000
Préoccupations au sujet de la <b>satisfaction sexuelle de son partenaire</b>	(n=70) <b>3,29</b> (1,331)	(n=61) <b>2,08</b> (1,215)	129	,715	,000
Préoccupations au sujet de sa <b>propre satisfaction sexuelle</b>	(n=70) <b>3,09</b> (1,261)	(n=61) <b>1,95</b> (1,056)	129	2,280	,000
Préoccupations au sujet de l'influence d'une éventuelle <b>fatigue</b> présente ou à venir sur sa sexualité	(n=69) <b>3,04</b> (1,194)	(n=61) <b>2,05</b> (1,040)	128	1,200	,000
Préoccupations au sujet de la possibilité d'une <b>nouvelle grossesse</b>	(n=70) <b>2,36</b> (1,415)	(n=61) <b>2,15</b> (1,302)	129	1,125	,382 (NS)
Préoccupations concernant leur image corporelle et leur <b>désirabilité vis-à-vis d'elles-mêmes</b>	(n=70) <b>3,21</b> (1,273)	(n=59) <b>2,31</b> (1,207)	127	,000	,000

Préoccupations concernant leur image corporelle et leur <b>désirabilité à l'égard de leur partenaire</b>	(n=70)	(n=60)			
	<b>3,41</b> (1,335)	<b>2,40</b> (1,355)	128	,020	,000
Préoccupations au sujet de la présence de <b>pertes vaginales ou de saignements</b>	(n=70)	(n=60)			
	<b>2,49</b> (1,201)	<b>1,90</b> (1,053)	128	3,839	,004
Préoccupations au sujet de <b>la guérison du périnée</b>	(n=70)	(n=59)			
	<b>3,33</b> (1,411)	<b>2,59</b> (1,301)	127	,953	,003
Préoccupations au sujet de la guérison et de la <b>cicatrisation interne de l'utérus</b>	(n=69)	(n=60)			
	<b>3,20</b> (1,441)	<b>2,35</b> (1,300)	127	2,308	,001
Préoccupations au sujet d'une éventuelle <b>incontinence urinaire</b>	(n=70)	(n=61)			
	<b>3,14</b> (1,311)	<b>2,21</b> (1,240)	129	,375	,000
Préoccupations au sujet d'une éventuelle <b>incontinence anale</b>	(n=68)	(n=61)			
	<b>2,62</b> (1,456)	<b>1,95</b> (1,284)	127	5,776	,007
Préoccupations au sujet de l'éventuelle <b>influence de l'allaitement sur leur sexualité</b>	(n=62)	(n=61)			
	<b>1,90</b> (1,141)	<b>1,30</b> (,738)	121	19,126	,001
Préoccupations au sujet de l'éventuelle <b>influence de l'allaitement sur leur poitrine</b>	(n=63)	(n=60)			
	<b>2,30</b> (1,433)	<b>1,48</b> (,854)	121	38,241	,000

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (70) sont préoccupées au sujet d'éventuels **risques à reprendre une sexualité précocement** après l'accouchement en moyenne à **2,36** (E-type 1,180) et celles ne souhaitant pas être informées (61) le sont en moyenne à **1,89** (E-type 1,082).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (70) sont préoccupées concernant les **dyspareunies** dans le post-

partum en moyenne à **3,50** (E-type 1,113) et celles ne souhaitant pas être informées (61) le sont en moyenne à **2,74** (E-type 1,079).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (70) sont préoccupées à propos du **retour du désir sexuel** après l'accouchement en moyenne à **2,86** (E-type 1,311) et celles ne souhaitant pas être informées (61) le sont en moyenne à **1,89** (E-type 1,112).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (70) sont préoccupées au sujet de la **satisfaction sexuelle de leur partenaire** en moyenne à **3,29** (E-type 1,331) et celles ne souhaitant pas être informées (61) le sont en moyenne à **2,08** (E-type 1,215).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (70) sont préoccupées concernant **leur propre satisfaction sexuelle** en moyenne à **3,09** (E-type 1,261) et celles ne souhaitant pas être informées (61) le sont en moyenne à **1,95** (E-type 1,056).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (69) sont préoccupées à propos de **l'influence de la fatigue** présente ou à venir sur leur sexualité en moyenne à **3,04** (E-type 1,194) et celles ne souhaitant pas être informées (61) le sont en moyenne à **2,05** (E-type 1,040).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (70) sont préoccupées au sujet de leur image corporelle et leur **désirabilité vis-à-vis d'elles-mêmes** en moyenne à **3,21** (E-type 1,273) et celles ne souhaitant pas être informées (59) le sont en moyenne à **2,31** (E-type 1,207).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (70) sont préoccupées concernant leur image corporelle et leur **désirabilité à l'égard de leur partenaire** en moyenne à **3,41** (E-type 1,335) et celles ne souhaitant pas être informées (60) le sont en moyenne à **2,40** (E-type 1,355).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (70) sont préoccupées à propos de la **présence de pertes vaginales** ou de saignements en moyenne à **2,49** (E-type 1,201) et celles ne souhaitant pas être informées (60) le sont en moyenne à **1,90** (E-type 1,053).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (70) sont préoccupées au sujet de la **guérison de leur périnée** en moyenne à **3,33** (E-type 1,411) et celles ne souhaitant pas être informées (59) le sont en moyenne à **2,59** (E-type 1,301).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (69) sont préoccupées concernant **la guérison et la cicatrisation interne de l'utérus** en moyenne à **3,20** (E-type 1,441) et celles ne souhaitant pas être informées (60) le sont en moyenne à **2,35** (E-type 1,300).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (70) sont préoccupées à propos d'une éventuelle **incontinence urinaire** en moyenne à **3,14** (E-type 1,311) et celles ne souhaitant pas être informées (61) le sont en moyenne à **2,21** (E-type 1,240).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (68) sont préoccupées au sujet d'une éventuelle **incontinence anale** en moyenne à **2,62** (E-type 1,456) et celles ne souhaitant pas être informées (61) le sont en moyenne à **1,95** (E-type 1,284).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (62) sont préoccupées concernant **l'influence de l'allaitement sur leur sexualité** en moyenne à **1,90** (E-type 1,141) et celles ne souhaitant pas être informées (61) le sont en moyenne à **1,30** (E-type 0,738).

Les patientes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches (63) sont préoccupées à propos de **l'influence de l'allaitement sur leur poitrine** en moyenne à **2,30** (E-type 1,433) et celles ne souhaitant pas être informées (60) le sont en moyenne à **1,48** (E-type 0,854).

Nous pouvons constater que **les répondantes souhaitant recevoir une information relative à la reprise de la sexualité en service de suites de couches sont davantage préoccupées que celles ne souhaitant pas être informées** concernant :

- Les risques à reprendre une sexualité précocement après l'accouchement (F=1,219, ddl=129 et p=0,019).
- Les dyspareunies dans le post-partum (F=0,043, ddl=129 et p=0,000).
- Le retour du désir sexuel (F=3,204, ddl=129 et p=0,000).
- La satisfaction sexuelle de leur partenaire (F=0,715, ddl=129 et p=0,000).
- Leur propre satisfaction sexuelle (F=2,280, ddl=129 et p=0,000).
- L'influence de la fatigue présente ou à venir sur leur sexualité (F=1,200, ddl=128 et p=0,000).
- Leur image corporelle et leur désirabilité vis-à-vis d'elles-mêmes (F=0,000, ddl=127 et p=0,000).
- Leur image corporelle et leur désirabilité à l'égard de leur partenaire (F=0,020, ddl=128 et p=0,000).
- La présence de pertes vaginales ou de saignements (F=3,839, ddl=128 et p=0,004).
- La guérison de leur périnée (F=0,953, ddl=127 et p=0,003).
- La guérison et la cicatrisation interne de l'utérus (F=2,308, ddl=127 et p=0,001).
- Une éventuelle incontinence urinaire (F=0,375, ddl=129 et p=0,000).
- Une éventuelle incontinence anale (F=5,776, ddl=127 et p=0,007).
- L'influence de l'allaitement sur leur sexualité (F=19,126, ddl=121 et p=0,001).
- L'influence de l'allaitement sur leur poitrine (F=38,241, ddl=121 et p=0,000).

## **DISCUSSION**

---

### **TAUX DES RÉPONDANTES**

Parmi les questionnaires distribués aux patientes à la maternité, un tiers d'entre eux n'ont pas été remplis. Malgré un taux de réponse élevé (70,3%), il aurait été intéressant d'en connaître les raisons : Les femmes n'ont-elles pas souhaité y répondre ? Est-ce par manque de temps (entre les alimentations, le bain, les changes, les soins et l'attention à apporter au nourrisson, les repas, les visites des soignants, les visites personnelles, les temps de repos, etc.) ? Est-ce la présence éventuelle du partenaire ? Est-ce un oubli de leur part ? Est-ce qu'elles ressentent une gêne ? Est-ce un manque d'intérêt à la question ? Ou est-ce pour une autre raison ?

### **INTERROGATIONS SOULEVÉES PAR LE QUESTIONNAIRE**

Faisant suite à la distribution des questionnaires, plusieurs femmes et plusieurs couples ont souhaité davantage d'informations relatives à la reprise de la sexualité dans le post-partum. Ils se sont adressés dans un premier temps à la sage-femme en poste dans le service, puis cette dernière nous a contacté comme convenu, afin que nous puissions nous entretenir avec eux. Des questions très précises ont été soulevées concernant d'éventuels délais à prendre avant de retrouver une activité sexuelle pénétrante (peur de ressentir une douleur pour la femme et crainte de faire mal à sa partenaire pour l'homme), relatifs aux soins à apporter à la suture périnéale, au sujet de leur image corporelle et de leur capacité à séduire leur partenaire, à l'égard de sensations vaginales amoindries (béance vaginale consécutive à un précédent accouchement et non rétablie à la suite de nombreuses séances de rééducations périnéales), témoignages de femmes et d'hommes relatant l'absence dommageable d'informations relatives à la santé sexuelle délivrées pendant la grossesse ou pendant le séjour à la maternité, partages d'expériences de couples au sujet de difficultés sexuelles précédemment rencontrées etc.

À l'inverse, nous n'avons reçu aucun questionnement par l'intermédiaire de l'adresse mail délivrée aux patientes et dédiée à cet effet.

## ENQUÊTE PÉRINATALE 2016 – REPRÉSENTATIVITÉ ENQUÊTE

Nous avons élaboré un questionnaire généraliste afin de disposer d'une vision globale, en matière de santé sexuelle, des préoccupations et des besoins des patientes en secteur de suites de couches. Il ne projette pas d'être exhaustif : son objectif premier étant de nous éclairer dans notre pratique professionnelle quotidienne sur les attentes des patientes.

Nous savons pertinemment que PENSER la sexualité ou AVOIR une sexualité est multifactoriel, tant d'un point de vue personnel que relationnel, sur l'ensemble des axes suivants : physiologiques, cognitifs, comportementaux, émotionnels et environnementaux. Or, pour des raisons pragmatiques, nous n'avons pu réaliser une évaluation aussi précise et aussi complète de chaque répondante.

Par ailleurs, nous avons jugé intéressant de comparer les caractéristiques des participantes à notre enquête avec celles de l'enquête nationale périnatale (ENP) réalisée en 2016.

L'âge des mères au moment de l'accouchement augmente de manière continue depuis le début des années 1980. En 2016, l'ENP annonce un âge moyen des mères de 30,3 ans. La moyenne d'âge de notre échantillon est de 30,2 ans. Nous pouvons dire que notre population est représentative à l'échelle nationale.

L'ENP de 2016 annonce un taux de femmes ayant accouché vivant en couple à 94,8 %. Il est de 100 % selon notre étude. Ce taux de 100 % de femmes se déclarant en couple au moment de l'étude s'explique par un biais de sélection. En effet, à l'instigation des sages-femmes de suites de couches en charge de la distribution des questionnaires, nous avons exclu de l'enquête certaines patientes. Les critères d'exclusion concernés sont cités au chapitre « population ».

En 2016, 42,2 % des femmes accouchaient pour la première fois selon l'ENP. Notre étude est donc représentative à l'échelle nationale en annonçant un taux de 45 %.

L'ENP décrit 6,9 % des femmes/couples ayant eu recours à un traitement de l'infertilité (fécondation in vitro, insémination artificielle, inducteurs de l'ovulation) contre 14 % au sein de notre population (tableau 2). Nous pouvons aisément supposer que la présence de l'unique centre PMA/FIV de Moselle implanté à l'Hôpital Femme, Mère, Enfant de Metz est responsable d'un tel taux. Il existe donc un biais dans la sélection de notre population.

Les patientes interrogées ont pris en moyenne 13,9 kg (plus ou moins 5,5 kg) au cours de leur grossesse ce qui est comparable à la moyenne nationale de 12,8 kg (plus ou moins 5,8 kg) en 2016.

Les âges gestationnels à la naissance obtenus à partir de notre enquête sont à 95 % supérieurs à 37 semaines d'aménorrhées. Ce qui est significatif au niveau national puisque les chiffres publiés en 2016 par l'ENP sont équivalents (92,5 %).

Concernant les voies d'accouchement, notre étude a montré 70% d'accouchements par voie basse sans aide instrumentale (68,2 % par l'ENP), 16 % avec aide instrumentale (12,2 % par l'ENP) et 14 % de césariennes programmées et urgentes (19,6 % par l'ENP).

La même année, 66,5 % des femmes allaitaient (allaitement mixte ou exclusif) selon l'ENP. Notre étude est donc représentative à l'échelle nationale en annonçant un taux d'allaitement de 65 %.

L'ENP de 2016 annonce un taux d'hospitalisation des nouveau-nés à la naissance de 10,4 %. Il est de 7 % selon notre étude. Les sages-femmes, étant donné l'état de santé de l'enfant hospitalisé en service de néonatalogie ou de soins intensifs et compte tenu des critères d'exclusion précédemment cités, n'ont pas systématiquement distribué les questionnaires à ces jeunes mères. Ce qui constitue un biais dans la sélection de la population étudiée.

À travers cette enquête, nous avons tenté de répondre à notre problématique selon deux axes :

- En service de suites de couches, les patientes sont-elles préoccupées au sujet de leur santé sexuelle et de la reprise de la sexualité ?
- Souhaitent-elles recevoir des informations à ce sujet au cours de leur hospitalisation ?

## PRÉOCCUPATIONS EN TERMES DE SANTE SEXUELLE EN SERVICE DE SUITES DE COUCHES

Toutes les répondantes se sentent au minimum « moyennement » inquiètes concernant toutes les préoccupations décrites dans le post-partum en termes de santé sexuelle, excepté concernant celles relatives à l'allaitement maternel et à son influence sur la sexualité.

Alors que les études montrent que les moments de plaisir, de partage et d'intimité comblent la mère en donnant le sein, que la survenue éventuelle de crevasses, d'engorgements ou de sensibilité mammaire, que les pertes de lait incontrôlées pendant ou après l'orgasme ou pendant les rapports sexuels, que la plus fréquente sécheresse vaginale induite par une imprégnation hormonale particulière pendant toute la durée de l'allaitement, conduisent à une reprise des rapports sexuels dans le post-partum en moyenne plus tardive chez les femmes allaitantes, notre enquête montre que les patientes sont peu préoccupées à cet égard.

Or, notre expérience nous a montré qu'une fois rentrées à la maison, qu'après plusieurs semaines (ou mois) d'essais infructueux et douloureux de rapports sexuels pénétrants, les femmes se sentent tantôt démunies, anormales ou impuissantes face à cette situation, qu'elles expliquent, parfois à tort, par une suture douloureuse ou mal cicatrisée. Il nous paraît primordial qu'une information telle que *« l'allaitement (et le post-partum), par des phénomènes physiologiques et/ou psychiques, peut induire une altération de la trophicité des parois vaginales et ainsi entraîner des dyspareunies pendant toute la durée de l'allaitement. Cette altération peut être minimisée par une détente générale et périnéale, une adaptation de la position du bassin et l'utilisation de lubrifiant »* soit délivrée en maternité, au cours du suivi post-natal ou en dernier recours, au moment des séances de rééducation périnéale. Nous pouvons nous demander également si les professionnels de santé concernés (sages-femmes, gynécologues, médecins traitants, kinésithérapeutes) ont des connaissances suffisantes dans ce domaine pour pouvoir délivrer cette même information ? Il aurait été intéressant d'évaluer les connaissances des sages-femmes participant à l'étude concernant ce sujet.

La moitié des participantes se sentent au moins « moyennement » inquiètes au sujet de la survenue de dyspareunies, de la guérison et de la cicatrisation de leur périnée et de leur utérus, d'une incontinence urinaire, de la satisfaction sexuelle de leur partenaire, de leur propre satisfaction sexuelle, de leur image corporelle et de leur désirabilité vis-à-vis d'elles-mêmes,

vis-à-vis de leur partenaire et de l'influence éventuelle de la fatigue présente ou à venir sur leur sexualité.

Après analyse statistique, le niveau de préoccupation des femmes au sujet de la guérison et de la cicatrisation interne de l'utérus n'a pas été corrélé significativement avec la voie d'accouchement (par césarienne, programmée ou urgente ou par voie basse, instrumentalisée ou non). Ce qui nous amène à nous interroger sur l'origine de ces préoccupations : une méconnaissance et une confusion des patientes concernant leur anatomie ?

Certaines femmes se sentent « beaucoup ou énormément » inquiètes au sujet de :

- dyspareunies pour 43 % d'entre elles,
- de la guérison et de la cicatrisation de leur périnée pour 40 % d'entre elles,
- de leur image corporelle et de leur désirabilité à l'égard de leur partenaire pour 44% d'entre elles. À ce propos, **nous constatons que les femmes sont davantage préoccupées par l'image qu'elles renvoient à leur partenaire que par l'image qu'elles se renvoient à elles-mêmes.**

**Nous pouvons donc confirmer notre première hypothèse : les patientes, à la maternité, sont préoccupées au sujet de la sexualité du post-partum dans de nombreux domaines, majoritairement concernant les dyspareunies, la guérison du périnée et l'estime de soi (en termes d'image corporelle et de sentiment de désirabilité).**

Néanmoins, laissons place à l'individualité et à la singularité dans la sexualité et le vécu de chacune. Nous savons que la sexualité peut conduire à la parentalité mais également que l'expérience de la maternité ne laisse pas indifférente la vie sexuelle. Nous ne souhaitons pas édicter une théorie sur les préoccupations des patientes en suites de couches, ce qui rassurerait éventuellement les professionnels de santé mais ce qui restreindrait également notre écoute dans la singularité de chaque femme, de chaque couple à un moment si particulier de leur histoire.

Afin de valider notre hypothèse suivante, nous avons recherché des corrélations éventuelles entre l'intensité des préoccupations maternelles et tous les indicateurs qu'il nous a été possible d'évaluer en suites de couches.

Nous n'avons pas mis en évidence de corrélations significatives entre l'intensité des préoccupations maternelles et les indicateurs suivants : indice de masse corporelle avant la grossesse, recours à une aide médicale à la procréation, voie d'accouchement, grossesse multiple ou hospitalisation du nouveau-né à l'accouchement.

Par ailleurs, nous avons pu mettre en évidence de nombreuses corrélations significatives entre l'intensité des inquiétudes maternelles et les indicateurs suivants : âge, parité, difficultés sexuelles rencontrées à la suite d'un précédent accouchement, prise de poids pendant la grossesse, vécu de la grossesse, terme de l'accouchement, vécu de l'accouchement, état du périnée et mode d'allaitement.

### Âge

Concernant l'âge, **plus les femmes sont âgées, moins elles se sentent préoccupées par la présence éventuelle de pertes vaginales ou de saignements**. Il serait pertinent de nous demander si, en plus de l'âge, la parité augmentant, ne serait pas responsable de cette moindre inquiétude. Nous avons alors croisé dans un second temps ces trois paramètres mais aucune corrélation significative n'a été mise en évidence. Ainsi, seul l'âge est corrélé aux préoccupations liées aux pertes vaginales.

### Parité

Au sujet de la parité, nous avons pu conclure de manière significative que les primipares sont davantage préoccupées que les multipares concernant la survenue éventuelle de dyspareunies dans le post-partum et à propos de leur image corporelle, leur désirabilité à l'égard de leur partenaire. Néanmoins, au sujet du retour du désir sexuel après l'accouchement, les niveaux de préoccupations sont similaires chez les primipares et chez les multipares.

## **Difficultés sexuelles précédemment rencontrées à la reprise de la sexualité dans le post-partum**

À propos des patientes ayant rencontré des difficultés sexuelles lors d'un précédent accouchement, nous avons pu constater qu'elles sont **davantage préoccupées, que celles n'en ayant jamais rencontré, au sujet de la guérison et de la cicatrisation interne de leur utérus**. Cette corrélation intensifie nos doutes quant à une méconnaissance et une confusion des patientes concernant leur anatomie.

## **Informations en lien avec la sexualité pendant la grossesse**

**Au sujet des patientes n'ayant pas bénéficié, pendant leur grossesse, d'informations relatives à la reprise de la sexualité, nous avons observé qu'elles sont davantage préoccupées, que celles en ayant reçu une, à propos du retour de leur désir sexuel en post-partum**. Il aurait été intéressant à ce niveau de pouvoir questionner les femmes d'une part, sur l'origine de l'information (au cours de séances de préparation à la naissance et à la parentalité, de consultations obstétricales, de visites à domicile, etc.) et d'autre part, sur le contenu de l'information délivrée.

## **Prise de poids pendant la grossesse**

**Plus les femmes prennent du poids pendant la grossesse, plus elles se sentent préoccupées au sujet de leur image corporelle et de leur désirabilité à l'égard d'elles-mêmes**. Cette corrélation nous semble logique à l'heure où la société nous impose un modèle se résumant à « minceur », « jeunesse » et « épanouissement personnel et sexuel ». Cependant, lorsque l'on connaît les conséquences délétères de la mésestime de soi, notamment sur la sexualité, sur le déclenchement du désir sexuel ou quant à la satisfaction sexuelle, nous nous sentons évidemment concernés vis-à-vis des préoccupations soulevées par ces femmes au cours de l'enquête.

## **Vécu de la grossesse**

Nous avons remarqué quatre corrélations significativement liées au vécu de la grossesse. **Plus il a été positif, moins les répondantes se sentent préoccupées à propos d'un éventuel risque à reprendre une sexualité précocement, au sujet de leur image corporelle et de leur désirabilité vis-à-vis d'elles même ou concernant la survenue éventuelle d'une incontinence urinaire et/ou anale**.

Étant donné l'influence que peut avoir le vécu de la grossesse sur les préoccupations maternelles, nous nous sommes attachés, dans un second temps, à rechercher des facteurs pouvant l'influencer. Cependant, nous n'avons pu rapporter aucune corrélation avec les indicateurs suivants : âge, IMC, prise de poids, catégorie socioprofessionnelle, parité, recours à l'AMP, âge gestationnel et grossesse gémellaire.

À la suite de ces remarques, nous aurions souhaité approfondir notre réflexion auprès des répondantes. Comment naissent leurs préoccupations au sujet de l'incontinence urinaire et/ou anale ou au sujet des risques à reprendre une sexualité précocement après l'accouchement, corrélées au vécu de la grossesse ? Quels sont les paramètres qui permettraient d'évaluer le vécu de leur grossesse ? Dans un souci de prévention primaire, il serait intéressant, dans un travail de recherche ultérieur, d'évaluer avec précision le vécu de la grossesse des femmes, ainsi que leur qualité de vie sexuelle, et les facteurs influençant ce dernier afin d'atténuer leurs préoccupations en post-partum et d'améliorer leur qualité de vie globale.

### **Terme de l'accouchement**

**Plus le terme de grossesse est avancé au moment de l'accouchement, plus les femmes se montrent préoccupées au sujet de la survenue d'une dyspareunie dans le post-partum ou d'une incontinence anale.** Ces constatations nous interrogent. Les préoccupations maternelles au sujet des dyspareunies ou de l'incontinence anale (bien que moins fréquente en termes de prévalence que l'incontinence urinaire) sont corrélées à quelles croyances ? Pensent-elles que plus l'âge gestationnel est grand, plus l'estimation de poids fœtal augmente et plus le délabrement périnéal ou le risque d'extraction instrumentale augmente ? Est-ce une méconnaissance de leur anatomie ? Autant de questions qu'il serait intéressant d'explorer avec nos patientes.

### **Vécu de l'accouchement**

**Nous constatons que plus le vécu de l'accouchement est positif, moins les femmes sont préoccupées par la survenue éventuelle d'une dyspareunie dans le post-partum.** Nous savons aujourd'hui qu'il est essentiel de considérer le vécu de l'accouchement comme important pour la santé psychologique et la santé sexuelle. Même si le phénomène est complexe, multifactoriel et difficile à mesurer. D'ailleurs, rappelons que les femmes qui gardent un mauvais souvenir de leur accouchement (11% dans notre étude) peuvent mettre plus de temps à désirer reprendre une sexualité. Cependant, nous n'avons pas pris en

considération, au sujet du vécu de l'accouchement des femmes, l'effet halo, biais cognitif qui altère la perception des gens. C'est une perception sélective d'informations allant dans le sens d'une première impression (qu'elle soit négative ou qu'elle soit positive). Si nous avons évalué à distance de l'accouchement le vécu des femmes, aurions-nous analysé des résultats similaires ?

### **État du périnée**

Les données analysées au cours de notre enquête sont des réponses obtenues par le témoignage des répondantes. Nous avons donc choisi de ne pas différencier les déchirures périnéales : du premier degré, simple, périnée complet ou complet compliqué.

Nous avons remarqué au cours de notre enquête que **les femmes présentant une déchirure sont davantage préoccupées par la guérison de leur périnée ou de leur utérus que celles ayant eu une épisiotomie au cours de l'accouchement ou présentant un périnée intact** à l'issu de ce dernier. Nous nous étonnons de plusieurs constatations.

D'une part, en comparaison avec les données issues de la littérature ou de notre pratique clinique, nous sommes surpris que les patientes présentant une déchirure soient davantage préoccupées en termes de guérison périnéale que celles ayant eu une épisiotomie.

D'autre part, dans la continuité des précédentes remarques, nous nous interrogeons au sujet d'une éventuelle méconnaissance anatomique de la part des femmes : confondent-elles périnée et utérus ? Par manque de connaissances ou manque de communication, les patientes sont inquiètes au sujet de l'état de leur périnée. Elles ne savent pas ce qui s'est déchiré ou ce qui a été coupé, elles n'osent pas se toucher et encore moins se regarder. Rappelons également que beaucoup de femmes ne connaissent pas l'existence de leur périnée avant d'accoucher. Au-delà de cette remarque, les patientes imaginent-elles avoir une déchirure gigantesque ? Béante ? « Monstrueuse » ? Dans l'intention d'informer sans imposer et d'atténuer les inquiétudes, nous nous posons la question de l'intérêt d'encourager les femmes à regarder leur suture (avec un miroir par exemple).

Il est également essentiel de noter que le poids des examens gynécologiques pendant la grossesse et le travail n'est pas anodin. Ces examens répétés par les différents praticiens en charge de la patiente (sage-femme, gynécologue, échographiste et éventuellement des étudiants dans chaque discipline) peuvent-être pesants. Accentué par le fait d'avoir dévoilé

son corps, ses seins, son sexe et son intimité, les jambes écartées, la femme a besoin de temps pour se (ré-) approprier son sexe, sa féminité et (ré-) érotiser son corps.

### **Mode d'alimentation choisi pour leur enfant**

Il nous paraît logique que les femmes ayant choisi un allaitement maternel exclusif ou un allaitement mixte soient d'avantage préoccupées par l'influence de l'allaitement sur leur sexualité ou sur leur poitrine que celles ayant opté pour un allaitement artificiel. Nous pouvons simplement soulever que les patientes ayant choisi un allaitement mixte sont d'avantage préoccupées, que les patientes ayant opté pour un allaitement exclusif, au sujet de l'éventuelle influence de l'allaitement sur leur poitrine.

**Nous pouvons confirmer et préciser notre deuxième hypothèse. L'intensité des préoccupations maternelles est directement corrélée :**

- **au vécu de la grossesse** (Mauvais vécu > Bon vécu)
  - ⇒ concernant d'éventuels risques à reprendre une sexualité précocement après l'accouchement,
- **à la parité** (Primiparité > Multiparité), **au terme de l'accouchement** (Terme avancé > Terme précoce) et **au vécu de l'accouchement** (Mauvais vécu > Bon vécu)
  - ⇒ au sujet de la survenue éventuelle de dyspareunies dans le post-partum,
- **à l'information reçue par les femmes pendant leur grossesse** (relatives à la reprise de la sexualité)
  - ⇒ à propos du retour de leur désir sexuel,
- **à la prise de poids** pendant la grossesse (Prise de poids importante > Faible prise de poids) et **au vécu de la grossesse** (Mauvais vécu > Bon vécu)
  - ⇒ à propos de leur image corporelle et leur désirabilité vis-à-vis d'elles-mêmes,
- **à la parité** (Primiparité > Multiparité)
  - ⇒ concernant leur image corporelle et leur désirabilité à l'égard de leur partenaire,
- **à l'âge** (Femme jeune > Femme plus âgée)
  - ⇒ au sujet de la présence éventuelle de pertes vaginales ou de saignements,

- **à l'état du périnée** (Déchirure > Episiotomie > Périnée intact)
  - ⇒ à propos de la guérison de leur périnée,
- **à la préexistence de difficultés sexuelles rencontrées lors d'un précédent accouchement** et à l'état du périnée (Déchirure > Episiotomie > Périnée intact)
  - ⇒ concernant la guérison et la cicatrisation interne de l'utérus,
- **au vécu de la grossesse** (Mauvais vécu > Bon vécu)
  - ⇒ au sujet de la survenue d'une éventuelle incontinence urinaire,
- **au vécu de la grossesse** (Mauvais vécu > Bon vécu) et **au terme de l'accouchement** (Terme avancé > Terme précoce)
  - ⇒ à propos de la survenue d'une éventuelle incontinence anale,
- **au mode d'alimentation choisi** (Allaitement mixte > Allaitement maternel exclusif)
  - ⇒ au sujet de l'influence de l'allaitement sur leur poitrine.

**Ces données sont très importantes pour la clinique puisqu'elles peuvent nous permettre d'orienter, de préciser et de cibler l'information délivrée aux femmes, en termes de santé sexuelle, en secteur de suites de couches mais également en anténatal, au cours de séances de préparation à la naissance et à la parentalité par exemple.**

**Nous avons pu constater en maternité, les patientes venant d'accoucher sont préoccupées, en termes de santé sexuelle, dans de nombreux domaines et que les niveaux de préoccupation sont corrélés à de multiples facteurs.** Au-delà de cette observation, nous souhaiterions améliorer nos pratiques professionnelles et promouvoir la santé sexuelle et globale des femmes.

Pour cela, nous avons souhaité nous intéresser à l'information des patientes à ce sujet : parle-t-on suffisamment de sexualité à la maternité ? Les patientes souhaitent-elles recevoir une information à ce propos ? Si oui, qu'elles sont ces femmes ? Si les patientes s'interrogent à ce sujet un fois sortie de la maternité, vers qui vont-elles s'orienter ?

## **LES FEMMES SOUHAITENT-ELLES RECEVOIR DES INFORMATIONS EN TERMES DE SANTE SEXUELLE EN SECTEUR DE SUITES DE COUCHES ?**

Les patientes sont interrogées la veille de leur sortie d'hospitalisation, après avoir reçu des informations et des conseils relatifs au retour à domicile. Elles ont, à ce stade du séjour, choisi pour leur sortie une contraception (si souhait d'espacement des naissances) et ont été conseillées au sujet des soins périnéaux à prodiguer et concernant les activités à éviter pour limiter, d'une part, le risque infectieux (s'abstenir de bains, baignades et port de tampons) et d'autre part, afin de préserver le périnée (se garder de porter des charges lourdes, favoriser la contraction de ce dernier lors des efforts de toux, d'éternuement ou de rire par exemple).

### **Le tabou persiste ?**

**Plus de la moitié des patientes, en secteur de suites de couches, souhaiteraient recevoir des informations relatives à la reprise de la sexualité après l'accouchement.** Or, seulement un peu moins d'un tiers ont pu en bénéficier. Concernant celles qui n'en souhaitent pas, elles pensent principalement, qu'elles n'ont pas besoin d'informations à ce sujet ou qu'il est trop tôt pour en parler.

De plus, si nous analysons plus précisément les données recueillies à l'issue de l'enquête, nous remarquons que les patientes, à la maternité, sont rarement à l'initiative de la délivrance des informations relatives à la sexualité. En effet, elles sont moins de 10% à avoir demandé cette information.

**Nous constatons ainsi que le tabou autour de la sexualité persiste, moins à l'égard des sages-femmes que des patientes, mais il reste tout de même prégnant.**

Nous savons qu'à la maternité, la raison de la présence des couples (sauf dans certains cas de procréation médicalement assistée) est le résultat direct d'une activité sexuelle ; Que la période périnatale est le siège de bouleversements physiques, chimiques et psychologiques en lien avec la sexualité ; Que la relation entre les soignants et les soignés touche à la sphère intime et génitale des femmes et des couples ; Pourtant, le sujet de la sexualité n'est pas ou peu abordé à la maternité, si ce n'est d'un point de vue purement médical. La question de la reprise des rapports, quant à elle, reste vaguement abordée et généralement dissimulée entre la reprise des tampons ou du sport, la prescription de la contraception et des soins de suture.

En effet, les sages-femmes délivrent des informations et des conseils aux patientes avant leur sortie concernant la sphère génitale. Elles déconseillent les bains, la piscine, le port de tampons pendant un mois mais qu'en est-il des rapports sexuels pénétrants ? Elles abordent les lochies, le retour de couches et la possibilité d'une nouvelle grossesse en proposant, selon les souhaits de la patiente, une contraception mais qu'en est-il de la reprise de la sexualité ? Elles recommandent systématiquement une rééducation périnéale et informent les femmes sur les manières de préserver leur périnée, mais qu'en est-il des informations relatives à l'incontinence urinaire, à l'incontinence anale, aux hémorroïdes, à l'absence possible de sensations vaginales ou à l'inverse de douleurs à l'intromission du pénis ? Elles donnent des conseils aux femmes allaitantes concernant les conditions favorables d'un allaitement maternel, mais qu'en est-il des informations relatives à la lubrification vaginale amoindrie en cas d'allaitement maternel, à l'éjection possible de lait au moment de l'orgasme ou pendant les rapports sexuels ? Elles conseillent les femmes d'un point de vue hygiéno-diététique (ne pas suivre de régime, s'assurer d'avoir une hydratation suffisante, se reposer sur les rythmes de l'enfant, ne pas pratiquer d'activités sportives avant la rééducation périnéale et abdominale, etc.) mais qu'en est-il de l'information concernant l'influence de l'arrivée d'un enfant sur la sexualité ?

Il aurait été intéressant d'une part, d'interroger les sages-femmes afin de connaître leur point de vue à ce propos : pensent-elles qu'il est trop tôt pour en parler à la maternité ? Pensent-elles que c'est aux patientes d'en faire la demande ? Sont-elles à l'aise de parler de sexualité avec les patientes et les couples ? Se jugent-elles insuffisamment formées à ce sujet ? N'ont-elles pas le temps d'aborder tous ces sujets à la maternité (séjours courts, manque de temps le matin entre les soins à réaliser et les obligations administratives, présence de la visite l'après-midi, etc) ?

Il aurait été formateur d'autre part, d'interroger les patientes et les couples sur les raisons faisant obstacle à leurs questionnements éventuels et à quel(s) moment(s) auraient-il ou souhaiteraient-ils recevoir ces informations ?

Dans notre pratique professionnelle et tout au long de la réalisation de cette enquête, nous avons pu constater, en ouvrant notre discours sur la sexualité auprès des patientes et des couples, que ces derniers se questionnent énormément à ce propos et qu'ils n'osent pas, pour la plupart, interroger les professionnels de santé, si ce sujet n'a pas été abordé au préalable. Alors comment expliquer que contrairement à d'autres phénomènes problématiques (nutrition,

sommeil, bien-être, etc), qu'il n'existe que très peu de lieux de discussion ou de débat sur la baisse ou l'absence de désir sexuel après l'accouchement par exemple ? Lorsqu'un espace de discussion autour de la santé sexuelle est ouvert, les patientes et les couples en profitent pour faire part de leurs inquiétudes ou pour poser leurs questions. La preuve en est à la suite de la distribution de nos questionnaires. Les patientes intéressées et désireuses d'en savoir davantage ont demandé des informations complémentaires aux sages-femmes du service qui ont répondu dans un premier temps à leurs demandes et avec qui nous avons échangé dans un second temps.

### **Qui sont les femmes en demande d'informations ?**

#### **- Les patientes primipares ?**

Premièrement, nous avons émis l'hypothèse que les patientes primipares s'interrogent davantage que les patientes multipares au sujet de la reprise de la sexualité en service de maternité.

Or, notre étude nous montre qu'il ya autant de primipares (49 %) que de multipares (50 %) qui souhaitent bénéficier d'une telle information.

Par ailleurs, les patientes ne souhaitant pas recevoir d'informations sont majoritairement multipares (60 %) et estiment qu'elles n'en ont pas besoin ou qu'il est trop tôt pour en parler.

**Une femme sur deux, qu'elle soit mère pour la première fois ou non, souhaiterait recevoir des informations relatives à la reprise de la sexualité en service de maternité.**

#### **- Les patientes préoccupées ?**

Ensuite, nous avons formulé le postulat que les patientes qui souhaitent être informées à la maternité au sujet de la reprise de la sexualité sont davantage préoccupées en termes de santé sexuelle que celles ne désirant pas d'informations. Cette hypothèse est unanimement confirmée sur l'ensemble des 16 items évalués.

**Les patientes inquiètes en termes de santé sexuelle (de la guérison de leur périnée, à la crainte d'une dyspareunie, en passant par les préoccupations autour de l'estime d'elles-mêmes) souhaiteraient davantage être informées, à la maternité, à propos de la reprise de la sexualité dans le post-partum.**

- Celles n'ayant pas reçu d'informations relatives à la sexualité du post-partum pendant la grossesse ?

Et enfin, nous avons émis l'hypothèse que les patientes, ayant bénéficié d'informations concernant la sexualité du post-partum pendant leur grossesse, sont moins préoccupées en termes de santé sexuelle dans de nombreux domaines.

Nous n'avons pu confirmer cette hypothèse que partiellement puisque les patientes ayant été informées au sujet de la reprise de la sexualité pendant leur grossesse sont moins préoccupées que celles n'ayant reçu aucune information, uniquement sur l'item « retour du désir sexuel ». Concernant les 15 autres items, aucune corrélation significative n'a pu être mise en évidence. Alors il est légitime de nous interroger sur le moment, l'origine, la forme et le contenu des informations délivrées à ces patientes au cours de leur grossesse : le retour du désir sexuel, les différents types de désirs existants, l'excitation génitale, l'intimité émotionnelle, l'influence de l'allaitement sur la sexualité, les transformations corporelles, la proprioception du corps ont-ils été abordés au cours de ces séances ?

**Selon notre enquête, l'information délivrée pendant la grossesse, au sujet de la reprise de la sexualité dans le post-partum, diminue les préoccupations des patientes au sujet du retour du désir sexuel.** Cependant, compte-tenu du manque d'informations qualitatives disponibles, nous n'avons pas pu étudier de manière exhaustive l'information délivrée pendant la grossesse (Quand l'information a-t-elle été donnée ? Qui donne l'information ? Comment l'information est-elle délivrée ? Quel est le contenu de l'information ?).

- Si besoin, où iront-elles chercher l'information ?

Pour finir, nous nous sommes demandé sur quelles ressources s'appuieraient les patientes, après leur sortie de la maternité, pour obtenir des informations concernant la sexualité du post-partum. Notre étude montre, que les patientes utilisent plusieurs canaux d'informations pour répondre à leurs interrogations : plus des trois quarts font appel à une sage-femme libérale, un tiers à leur conjoint, à internet, à un gynécologue, à leurs amis et certaines se renseignent également auprès de leur famille, de leur médecin traitant ou dans la littérature. Très peu de femmes iraient se renseigner à ce sujet auprès d'un sexologue ou d'un kinésithérapeute.

Ces résultats nous montrent que :

**Les femmes savent qu'elles peuvent se renseigner auprès de professionnels de santé tels que la sage-femme, le gynécologue et le médecin traitant. Le sexologue est encore une profession trop méconnue.**

Pour 78 % des réponses, les femmes s'orienteraient vers une sage-femme libérale. **Les sages-femmes occupent une place majeure en périnatalité auprès des femmes en termes de santé sexuelle et de santé globale.**

**Le conjoint est un interlocuteur privilégié dans le questionnement de la reprise de la sexualité.** Sa place est essentielle dans la relation de couple puisque la sexualité se pense et se construit à deux.

**Internet est un outil également largement utilisé par les patientes.** La sexualité périnatale est abordée sur certains sites internet (informations médicales, générales ou populaires, des pages personnelles ou des forums de discussion). Il peut être un outil d'information, de discussion, de partage ou de conseils mais nous souhaiterions mettre en garde les jeunes mères ou parents en devenir à l'égard des représentations socio-virtuelles de la sexualité qui peuvent être véhiculées et venir moduler ou affecter les connaissances, les attitudes ou les pratiques. Internet est un merveilleux outil de recherche, bien utilisé il peut permettre aux patientes de développer leurs connaissances, de comprendre la physiopathologie de la sexualité du post-partum et de diminuer l'intensité de leurs préoccupations.

**Le cercle amical de la patiente est un soutien non négligeable à prendre en considération.** Cependant, tout comme sur la toile, mettons en garde les patientes sur les propos anxigènes qui peuvent être tenus à propos de la sexualité.

## CONCLUSION

---

Les sages-femmes et les gynécologues tiennent une place importante dans la promotion de la santé globale et particulièrement dans celle de la santé sexuelle. Il leur est impossible de scotomiser une des principales fonctions de la zone génitale : la sexualité. Et pourtant, les tabous autour de ce sujet persistent, autant de la part du personnel que des patientes. Or, nous observons une prévalence élevée de difficultés sexuelles pendant la grossesse ou faisant suite à un accouchement : les dysfonctions sexuelles féminines sont fréquentes, le désir féminin fragile, la vaginalité rarement conscientisée et les connaissances anatomiques insuffisantes. Compte tenu de l'état psychologique, de l'expérience de la grossesse ou de l'accouchement, des douleurs ou de l'inconfort ressentis, des nombreuses informations délivrées, des soins à apporter à son enfant et du temps passé à le découvrir : en service de maternité, les patientes venant d'accoucher sont-elles préoccupées à propos de leur santé sexuelle et de la reprise de la sexualité ? Souhaiteraient-elles recevoir des informations à ce sujet ?

Sans oublier l'individualité et le vécu de chacune, nous avons pu montrer que :

- les patientes à la maternité sont préoccupées au sujet de la sexualité du post-partum dans de nombreux domaines, majoritairement concernant les dyspareunies, la guérison du périnée et l'estime de soi (en termes d'image corporelle et de désirabilité),
- l'intensité de ces inquiétudes maternelles est corrélée à de multiples facteurs que nous avons pu mettre en évidence (préexistence de difficultés sexuelles rencontrées à la suite d'un précédent accouchement, vécu de la grossesse, parité, prise de poids, informations reçues pendant la grossesse, terme ou vécu de l'accouchement, état du périnée et mode d'alimentation de l'enfant),
- malgré le tabou qui persiste autour de la sexualité, une femme sur deux, qu'elle soit mère pour la première fois ou non, souhaiterait recevoir des informations relatives à la reprise de la sexualité en service de maternité, d'avantage s'il elle se sent préoccupée au sujet de sa santé sexuelle ou si elle n'en a pas été informée pendant sa grossesse,
- les femmes envisagent de se renseigner à ce sujet, une fois sorties de la maternité, auprès d'un gynécologue, d'un médecin traitant, de leur conjoint, d'internet, de leur cercle amical, pour la plupart ou auprès d'une sage-femme libérale pour la grande majorité.

## AXES DE PROPOSITION

**Pourquoi les professionnels de santé ont-ils intérêt à se préoccuper de santé sexuelle à la maternité ? Les conséquences des difficultés ou des dysfonctions sexuelles ont une réelle implication en termes de santé publique.** Les troubles du désir, de l'excitation, du plaisir ou de l'orgasme peuvent entraîner des états dépressifs et une dégradation de la relation de couple (qui peut elle-même favoriser un climat de violence conjugale) et induire une altération de la bonne santé familiale et conséquemment celle de l'enfant.

Se préoccuper de santé sexuelle des couples c'est avoir une approche préventive globale.

La période périnatale est un moment opportun pour aborder la sexualité. Les consultations sont fréquentes, le plus souvent dans un contexte de physiologie, elles touchent la sphère génitale et intime de la femme et du couple, de nombreuses manifestations cliniques peuvent apparaître ou être dépistées sous l'œil attentif des soignants. Ce type de suivi est rarement retrouvé dans une autre situation. Dans un examen de la portée sur la sexopérinatalité réalisé en 2015 sur 123 articles datés d'après 2000, il est conclu que la sexualité périnatale doit faire partie du suivi holistique des soins de santé périnataux afin de favoriser le maintien d'une relation positive en matière d'intimité et de sexualité chez les couples parentaux, le tout dans une perspective de bien-être sexuel général, mais aussi dans une optique de promotion de la santé et de bien-être du couple, de l'enfant, de la famille et de la société (Pierrepont, Polomeno, Bouchard & Reissing, 2016).

Rappelons que dans sa dimension opérationnelle, le concept de santé sexuelle propose un schéma très précis d'interventions professionnelles visant à promouvoir, à maintenir et à développer la santé sexuelle des populations. Ce concept implique au niveau institutionnel en santé publique : **une information** (une éducation de base destinée à l'ensemble de la population), **le conseil** (niveau d'intervention de tous les professionnels non thérapeutes en contact avec des personnes pouvant présenter des dysfonctions sexuelles présentes ou à venir) et **la thérapie**.

Notre enquête a suscité, à la suite de la distribution des questionnaires, des interrogations de la part des femmes et des couples. Cette remarque est essentielle car elle met en évidence que, entourée de tabou, la dimension sexuelle n'est quasiment jamais abordée spontanément par les femmes sans ouverture de la part des professionnels de santé. Alors que pouvons-nous mettre en place au sein de notre institution ? **L'INFORMATION** et le **CONSEIL** sont

accessibles à **tous les professionnels de santé non thérapeutes**, la THÉRAPIE est un niveau d'intervention uniquement accessible à un professionnel de santé SEXOTHÉRAPEUTE.

En pratique, informer les patientes est un défi au quotidien. Nous devons les rassurer tout en développant des notions potentiellement inquiétantes. Certaines ne veulent rien savoir. Au contraire, d'autres veulent tout savoir pour tenter de contrôler la situation. Pour se faire, nous avons besoin de cibler les personnes à informer, celles qui informent, le contenu de l'information et ses modalités de diffusion : quand, comment et par quels moyens ?

### QUI INFORMER ? « CIBLER »

Une femme sur deux, à la maternité, souhaiterait recevoir une information sur la reprise de la sexualité :

- **Autant les primipares que les multipares**
- **Les femmes davantage préoccupées**, en termes de santé sexuelle, peuvent être ciblées :
  - ⇒ en utilisant des échelles validées de préoccupations
  - ⇒ en s'appuyant sur les facteurs favorisant les préoccupations maternelles :
    - femme jeune
    - primiparité
    - patiente ayant rencontré des difficultés sexuelles à la reprise des rapports suite à un précédent accouchement
    - patiente n'ayant pas reçu d'informations relatives à la reprise de la sexualité pendant sa grossesse
    - mauvais vécu de la grossesse
    - prise de poids importante
    - terme de l'accouchement
    - mauvais vécu de l'accouchement
    - patiente présentant une suture et/ou une épisiotomie
- **Ne pas oublier les hommes**

## QUI INFORME ?

La sexologie est une discipline transversale. Tous les professionnels de santé peuvent informer ou favoriser la transmission de l'information, qu'ils exercent en milieu hospitalier, en libéral, au niveau territorial ou qu'ils soient enseignants :

- **la sage-femme,**
  - ⇒ Quelle place pour la sage-femme sexothérapeute en maternité, plus généralement quel rôle du sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale ?
- **le gynécologue obstétricien,**
- **le médecin traitant,**
- **le kinésithérapeute,**
- **le psychologue,**
- **l'infirmière.**

## QUELLES INFORMATIONS ?

La sexualité n'est pas innée. Les connaissances à son sujet non plus. Rappelons, pour illustrer ce propos, que beaucoup de femmes ne savent pas ce qu'est le périnée avant d'accoucher.

Les informations à délivrer, aux patientes et aux couples, proposées ci-après sont le résultat d'une réflexion personnelle. La liste est loin d'être exhaustive. En effet, elle fera l'objet d'un travail de recherches ultérieur.

- **L'information délivrée doit être**
  - ⇒ Simple
  - ⇒ Il existe des mots qui apaisent, suscitent confort et confiance
  - ⇒ Il en existe qui engendrent l'anxiété
- **Donner des repères corporels** (la méconnaissance favorise l'anxiété et les préoccupations) :
  - ⇒ Anatomie génitale

- **Définir**

⇒ « la santé sexuelle »

⇒ Rappeler les fondements d'une « bonne sexualité », qui est satisfaisante pour les patientes et les couples

⇒ Etc.

- **Expliquer l'influence de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sur la sexualité**

⇒ Les principes psychoaffectifs (maternalité, transparence psychique, préoccupation maternelle primaire, etc.)

⇒ Les préoccupations maternelles fréquentes au cours de la grossesse :

- Rassurer sur l'innocuité des rapports sexuels pénétrants ou des orgasmes pendant la grossesse
- Les transformations corporelles
- Questionner la présence éventuelle d'hémorroïdes
- Etc.

⇒ Les préoccupations maternelles fréquentes au cours de l'accouchement :

- Déchirures périnéales/épisiotomies
- Différence entre expression abdominale et expression utérine
- Etc.

⇒ Les préoccupations maternelles fréquentes dans le post-partum :

- Reprise des rapports sexuels pénétrants
- Dyspareunies
- Pertes vaginales, saignements
- Cicatrisation du périnée
- Hémorroïdes
- Incontinence urinaire
- Incontinence anale
- Bien différencier Périnée et Utérus
- Allaitement et sexualité
- Satisfaction sexuelle (d'elle-même ou de son partenaire)
- Retour du désir sexuel
- Auto-érotisme
- Image du corps et désirabilité

- Fatigue et sexualité
- Intimité, tendresse, compréhension et patience au sein du couple
- Etc.

- **Les ressources**

⇒ Professionnels de santé vers qui elles peuvent s'orienter

- Sensibiliser la population sur l'existence et le rôle des sexologues (qu'ils soient médecin, sage-femme, infirmière, psychologue, pharmacien, psychomotricien, kinésithérapeute, etc.)

⇒ Ressources disponibles sur :

- Internet (sites conseillés)
- Lectures conseillées

QUAND INFORMER ?

- **Pendant la grossesse**

⇒ Dès la déclaration de grossesse

⇒ Lors de l'entretien prénatal individuel (EPI)

⇒ Lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

- Organiser des séances pour les pères, ouvrir des séances en couples ? Réfléchir à la manière d'inclure les hommes dans ce processus

⇒ Au cours des consultations obstétricales ?

- Ajouter au dossier obstétrical une question systématisée ? (comme celle interrogeant la patiente sur sa consommation d'alcool ou de drogues par exemple ? ou celle recherchant une éventuelle violence conjugale ? une situation sociale précaire ? etc.)

⇒ En service de grossesses à hauts risques

⇒ Lors d'une hospitalisation à domicile (HAD) ou lors d'un suivi à domicile par une sage-femme libérale

- En effet, ces patientes sont susceptibles de ne pas pouvoir se rendre aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité par exemple.

- **Dans le post-partum**
  - ⇒ Séjour à la maternité
  - ⇒ Visites à domicile sages-femmes
  - ⇒ Visite post-natale
  - ⇒ Rééducation périnéale (les trois cons)
  
- **À l'école de Sages-femmes**
  - ⇒ Dans la formation initiale des étudiants.

### COMMENT INFORMER ?

- **L'empathie**
  - ⇒ Est essentielle dans la relation soignant/soigné
  - ⇒ Elle permet d'établir une relation de confiance avec les patientes
  - ⇒ Améliore la prise en charge globale des patientes
  - ⇒ Apporte une plus-value à l'établissement de soins
  
- **La communication avec le patient est perfectible et peut s'enseigner**
  - ⇒ Écoute active
  - ⇒ Communication verbale
  - ⇒ Communication non verbale
  
- **Communiquer des données sans induire de peurs**
  - ⇒ En essayant de diminuer les peurs ou anxiétés préexistantes
  - ⇒ Rassurer en identifiant les craintes et les attentes des patientes
  
- **L'écoute est essentielle**
  - ⇒ Comme notre étude et la majorité des enquêtes l'ont montré, c'est d'avantage de vécu de la grossesse ou le vécu de l'accouchement qui est déterminant.
  - ⇒ Écouter le vécu des femmes, ce qu'elle vit dans sa tête, dans son corps.

## QUELS SUPPORTS UTILISER ?

Comment amener le sujet de la sexualité en suscitant des interrogations sans induire de peurs ? Sans forcer l'information lorsque celle-ci n'est pas désirée ou souhaitée ultérieurement ?

### - **Brochures**

- ⇒ Permettent aux patientes et aux couples de recevoir des informations sur la sexualité pendant la grossesse ou au décours du post-partum sans avoir à la demander
- ⇒ Ouvrent le dialogue : montrent que les professionnels qui mettent à disposition de telles informations sont disposés à en discuter
- ⇒ Proposées, non imposées (celles ne souhaitant pas être informées ne les lisent pas, ne les conservent pas et celles souhaitant différer l'information les liront ultérieurement)
- ⇒ Peuvent induire une réflexion
- ⇒ Ne pas utiliser uniquement des brochures car elles peuvent être non distribuées, oubliées ou non lues
- ⇒ Projet multidisciplinaire

### - **Affiches**

- ⇒ Dans les salles d'attente, les toilettes, les couloirs, les salles d'examens etc.

### - **Groupes de parole ou espaces de discussion au sein de la maternité ?**

## AXES DE RECHERCHES

Dans la continuité de nos recherches et dans un souci de travailler en réseau, nous pourrions envisager d'étudier et de mettre en place, en partenariat avec les sages-femmes libérales, un système d'évaluation, d'information et d'éducation à la santé sexuelle de nos patientes. En effet, pour 78 % de nos répondantes, la sage-femme libérale est considérée comme une interlocutrice privilégiée dans le post-partum.

Dans un souci de prévention primaire, il serait intéressant, dans un travail de recherche ultérieur, d'évaluer avec précision le vécu de la grossesse des femmes, ainsi que leur qualité de vie sexuelle, et les facteurs influençant ce dernier afin d'atténuer leurs préoccupations en post-partum et d'améliorer leur qualité de vie globale.

Comme dans beaucoup de domaines, notamment concernant la sexologie, l'homosexualité féminine est très peu étudiée. Nous nous questionnons au sujet de leur sexualité dans le post-partum.

La baisse du désir sexuel dans le post-partum est un phénomène largement exploré et théorisé mais également intériorisé et vécu comme un problème féminin. Cependant, les hommes ont été très longtemps mis à l'écart et souvent oubliés dans ce contexte. Nous nous demandons quelles sont leurs préoccupations quant à la sexualité du post-partum. En effet, lors de nos échanges avec les femmes et les couples en service de maternité, nous avons pu constater que les hommes peuvent se sentir laissés de côté, qu'ils se questionnent largement à ce propos mais qu'ils n'ont aucun interlocuteur vers qui s'adresser (sauf la sage-femme qui organise des séances de préparation à la naissance et à la parentalité en couple ou dédiées aux futurs pères).

Enfin, nous avons décidé d'exclure de notre présente enquête les patientes ayant eu recours à une interruption thérapeutique de grossesse ou les femmes pour lesquelles l'issue de la grossesse a été une mort fœtale in utero. En effet, ces patientes et ces couples pourraient faire l'objet d'une étude à part entière. Compte tenu de la dimension psychologique particulière du deuil périnatal, la question de la reprise de la sexualité prend toute son importance : lorsque le couple souhaite initier une nouvelle grossesse rapidement ou par exemple, lorsque l'intimité du couple a pu être mise à mal par une situation singulièrement douloureuse.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- Ahlborg, T., & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention - first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4), 318-325. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00035.x>.
- Anaes, service des recommandations professionnelles. (2002). Rééducation dans le cadre du post-partum. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31(12), 1064-1076. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2003.10.005>.
- Audibert, N. (2016). Violence obstétricale : émergence d'un problème public en France. Sciences PO PSIA Paris School of International Affairs Master in International Development.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(2), 186-195.
- Battut, A., & Nizard, J. (2016). Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. *Progrès en Urologie*, 26(4), 237-244. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2015.09.006>.
- Beroud-Poyet, H., & Beltran, L. (2017). Les femmes et leur sexe. Paris : Payot & Rivages.
- Bou Jaoudé, G. (2018). Dysfonctions Sexuelles Féminines en pratique quotidienne où en sommes-nous ? *Réflexions en Gynecologie-Obstétrique* janv/Fev 2018 N°47 édition JBH santé.
- Brenot, P. (2010). Le sexe et l'amour. Paris : Odile jacob.
- Brubaker, L., Handa, V. L., Bradley, C. S., Connolly, A., Moalli, P., Brown, M. B., & Weber, A. (2008). Sexual Function 6 Months After First Delivery, *III*(5), 5.
- Bydlowski, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes*, 32 : 135-142.

- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant*. Paris : Odile Jacob.
- Cappell, J., & Pukall, C. F. (2018). Perceptions of the effects of childbirth on sexuality among nulliparous individuals. *Birth*, 45(1), 55-63. <https://doi.org/10.1111/birt.12321>
- Chang, S.-R., Chang, T.-C., Chen, K.-H., & Lin, H.-H. (2010). Sexual Function in Women 3 Days and 6 Weeks After Childbirth: A Prospective Longitudinal Study Using the Taiwan Version of the Female Sexual Function Index. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(12), 3946-3956. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01752.x>.
- Chêne, D. (2018). Témoignage d'une sage-femme. Communication présentée aux 11<sup>e</sup> assises de sexologie, Marseille.
- CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français). (2015). Post partum : recommandations pour la pratique clinique. texte court.
- Colson, M.-H. (2014). Sexualité féminine et étapes de la parentalité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 42(10), 714-720. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.09.001>.
- Coulm, B. (2018). Dossier : L'Enquête Nationale Périnatale 2016 : synthèse des résultats. *Contact Sages-femmes*, p4-9.
- Crooks, R.L. & Baur, K. (2017). *Nos sexualités*, 3e édition. Montréal : Modulo.
- Deffieux, X., Vieillefosse, S., Billecocq, S., Battut, A., Nizard, J., Coulm, B., & Thubert, T. (2015). Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(10), 1141-1146. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.023>.
- D'Ercole, C., Debillon, T., Deneux-Tharoux, C., & Dupont, C. (2017). Communiqué de presse : violences obstétricales, écoute et évolution des pratiques, une dynamique permanente. Lyon, le 19 octobre 2017. *Revue de médecine périnatale*, 9(4), 197-198. <https://doi.org/10.1007/s12611-017-0441-9>.

- Durfort, D. (2018). La rééducation du périnée a-t-elle un impact sur la sexualité féminine ? comparaison entre deux méthodes de rééducation : CMP (connaissance et maîtrise du périnée) vs sonde (électrostimulation/biofeedback). 11<sup>e</sup> Assises de sexologie, Marseille.
- Durkheim, E. (1911). Débat sur l'éducation sexuelle. *Bulletin de la Société française de philosophie*, 11 : 33-47.
- Enquête Nationale Périnatale 2016 : les premiers résultats. (2017, octobre 11). Consulté 18 mai 2018, à l'adresse <http://www.xn—epop-inserm-ebb.fr/enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952>.
- Fabre-Clergue, C., & Duverger-Charpentier, H. (2008). Sexualité du postpartum. *La Revue Sage-Femme*, 7(6), 301-304. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2008.09.003>.
- Farine, F., & Lalanne-Magné, F. (2016). Vaincre le tabou de la sexualité en périnatalité : un défi pour les sages-femmes, 85. Mémoire de fin d'étude. Genève.
- Formentin, L. J. (2015). Présentée A l'Université Claude Bernard Lyon 1 et soutenue publiquement le 24 novembre 2015 pour obtenir le grade de Docteur en Médecine, 76.
- Foucault, C. (2011). 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, 92.
- Fritel, X. (2009). Césarienne et troubles génitosexuels du post-partum. *Pelvi-périnéologie*, 4(3), 207-212. <https://doi.org/10.1007/s11608-009-0248-7>.
- Galazka, I., Droszol-Com, A., Naworska, B., Czajkowska, M., & Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Changes in the Sexual Function During Pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 445-454. <https://doi.org/10.1111/jsm.12747>
- Giami, A. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*, (250), 56-60. <https://doi.org/10.3917/jdp.250.0056>.

- Giarni, A., Moreau, E., & Moulin, P. (2015). *Infirmières et sexualité : entre soins et relation*. Rennes *Presses de l'EHESP*.
- Greusard, R. (2016). *Enceinte tout est possible*. Paris : Editions Jean-Claude Lattès.
- Groddeck, G., Jumel, L., Lewinter, R., & Durrell, L. (2006). *Le Livre du ça*. Paris : Gallimard.
- Guillo, G., & Lopes, P. (2018). Vaginalité et plaisir sexuel. Communication présentée aux 11<sup>e</sup> Assises de sexologie, Marseille.
- Guittier, M. J. (2018). Évaluer le vécu de l'accouchement. Communication présentée aux 16<sup>e</sup> Journées de Collège National des Sages-femmes de France, Paris.
- Haute Autorité de Santé (2014). Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Repéré à [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- Haute Autorité de Santé (2016). Orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. *La Revue Sage-Femme*, 6(4), 216-218. [https://doi.org/10.1016/S1637-4088\(07\)79647-5](https://doi.org/10.1016/S1637-4088(07)79647-5).
- Haute Autorité de Santé (2017). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, 47. Repéré à [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- Hipp, L. E., Kane Low, L., & van Anders, S.M. (2012). Exploring Women's Postpartum Sexuality : social, psychological, relational and birth-related contextual factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(9), 2330-2341. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x>.
- Hirt, C. (2005). La baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement : analyse de la construction d'un problème social. (PhD Thesis). Université de Neuchâtel.
- Kaplan, H. (1995). *The sexual desire disorders*. New York : Brunner Routledge.

- Kahramanoglu, I., Baktiroglu, M., Hamzaoglu, K., Kahramanoglu, O., Verit, F. F., & Yucel, O. (2017). The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(4), 907-916. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4299-7>.
- Klein, K., Worda, C., Leipold, H., Gruber, C., Husslein, P., & Wenzl, R. (2009). Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *Journal of Women's Health*, 18(8), 1227–1231.
- Lansac, J., & Magnin, G. (2008). *Obstétrique* (5e édition). Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier Masson.
- Leuillet, P., & Simonnot, V. (2018). *Désir sexuel et maternité*. Communication présentée aux 11<sup>e</sup> Assises de Sexologies, Marseille.
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 § (2009).
- Lurie, S., Aizenberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., & Sadan, O. (2013). Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288(4), 785-792. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2846-4>.
- Maggioni, C., & Moscovici, S. (2006). Femmes infertiles. Image de soi et désir d'enfant. Paris : Éditions IN PRESS.
- Marisol Touraine lance une stratégie globale d'amélioration et de promotion de la santé sexuelle des Français. (2017, mars 28). Consulté 18 mai 2018, à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/marisol-touraine-lance-une-strategie-globale-d-amelioration-et-de-promotion-de>.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1968). Les réactions sexuelles. Paris : Laffont.
- McDonald, E., & Brown, S. (2013). Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(7), 823-830. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12166>.

- McDonald, E., Gartland, D., Small, R., & Brown, S. (2015). Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *122*(5), 672-679. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13263>.
- McDonald, E., Woolhouse, H., & Brown, S. J. (2017). Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*, *55*, 60-66. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.002>.
- Mickelson, K. D., & Joseph, J. A. (2012). Postpartum Body Satisfaction and Intimacy in First-Time Parents. *Sex Roles*, *67*(5-6), 300-310. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0192-9>.
- Ministère de l'éducation Nationale et Ministère de la Santé. Annexe de l'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme JORF n°294 du 19 décembre 2001. p.20115. texte n°21.
- Mourichon, L. (2012). *Sexualité Maternité Paroles de femme*. Paris : Robert Jauze.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). | *Santé sexuelle*. [en ligne]. Consulté 18 mai 2018, à l'adresse [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/).
- Pastore, L., Owens, A., & Raymond, C. (2007). Postpartum Sexuality Concerns Among First-Time Parents from One U.S. Academic Hospital. *The Journal of Sexual Medicine*, *4*(1), 115-123. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00379.x>.
- Pauls, R. N., Occhino, J. A., & Dryfhout, V. L. (2008). Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: A Prospective Study. *The Journal of Sexual Medicine*, *5*(8), 1915-1922. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00884.x>.
- Pause, C. (2010, janvier). Désir hypoactif chez l'homme. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.
- Perel, E. (2013). *Intelligence érotique : faire (re)vivre le désir dans le couple*. Paris : Pocket.
- Pierrepoint, C. de. (2010). Post-partum et sexualité : ethnographie virtuelle exploratoire de fora de discussion.

- Pierrepont, C. de., Polomeno, V., Bouchard, L., & Reissing, E. (2016). Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – partie 1. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(8), 796-808. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.06.003>.
- Pierrepont, C. de., Polomeno, V., Bouchard, L., & Reissing, E. (2016). Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 2. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(8), 809-820. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.11.001>.
- Pujols, Y., Meston, C. M., & Seal, B. N. (2010). The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 905-916. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x>.
- Racamier, P.-C., Sens, C., & Carretier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum. *L'évolution psychiatrique*, vol. 26, 4, 525-557.
- Ramseyer, F. (2011). La grossesse n'est pas un conte de fées. *Sexualités humaines* N°10.
- Rathfisch, G., Dikencik, B. K., Kizilkaya Beji, N., Comert, N., Tekirdag, A. I., & Kadioglu, A. (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function: Effects of vaginal birth on sexuality. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2640-2649. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05428.x>.
- Rogers, R. G., Borders, N., Leeman, L. M., & Albers, L. L. (2009). Does Spontaneous Genital Tract Trauma Impact Postpartum Sexual Function? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2), 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.09.001>.
- Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W. M., & Patel, R. (2005). Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician*, 51(10), 1366–1367.
- Salim, N. R., Araújo, N. M., & Gualda, D. M. R. (2010). Body and Sexuality: Puerperas' Experiences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 732-739. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400011>.

- Schwab-Egger, F. (2011). Évaluation de l'impact des atteintes de la sphère périnéale sur l'image de soi et le vécu sexuel des femmes. Certificat de formation continue en sexologie clinique. Université de Genève.
- Signorello, L. B., Harlow, B. L., Chekos, A. K., & Repke, J. T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *184*(5), 881-890. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.113855>.
- Sutter, P. de. (2009). La sexualité des gens heureux. Paris : Les Arènes.
- Tarrerias A.L. (2004). Hémorroïdes et Grossesse. SNFCP. Consulté le 21 mai 2018, à l'adresse <https://www.snfcfp.org/informations-maladies/hemorroides/hemorroides-et-grossesse/>.
- Turawa, E. B., Musekiwa, A., & Rohwer, A. C. (2014). Interventions pour le traitement de la constipation du post-partum. Repéré à [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org).
- Van Brummen, H., Bruinse, H., van de Pol, G., Heintz, A., & van der Vaart, C. (2006). Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *113*(8), 914-918. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01017.x>.
- Van der Schueren, B. (2004). Parler de sexualité à la maternité tabou ou nécessité ?
- Villot, A., Deffieux, X., Demoulin, G., Rivain, A.-L., Trichot, C., & Thubert, T. (2015). Prise en charge de l'incontinence anale du post-partum : revue de la littérature. *Progrès en Urologie*, *25*(17), 1191-1203. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2015.06.002>.
- Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*, *47*(1), 27-49. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00106-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00106-8).
- Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Kuon, R. J., Plewniok, K., Feller, S., ... Wallwiener, C. (2017). Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *295*(4), 873-883. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4305-0>.

Waynberg, J. (1994). *Guide pratique de sexologie médicale*. Paris: SIMEP : Masson.

Weigand, E. & Bianchi-Demicheli, F. (2013). *Ma sexualité (femme) : J'ai envie de comprendre*. Genève, Editions Médecine & Hygiène.

Winnicott, D.W. (1956). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Payot). Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. (2012). Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(4), 185-190. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.720314>.

Yeniél, A. O., & Petri, E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International Urogynecology Journal*, 25(1), 5-14. <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2118-7>.

## **ANNEXES**

---

Annexe 1 : document intitulé « CONSEILS DE SORTIE MAMAN » destiné aux patientes en suites de couches avant leur sortie

Annexe 2 : Questionnaire délivré aux patientes au cours de l'étude

**Annexe 1** : Document intitulé « CONSEILS DE SORTIE MAMAN » destiné aux patientes en suites de couches avant leur sortie.



## CONSEILS DE SORTIE MAMAN

**Hygiène** : prenez des douches mais pas de bains tant que vous avez des pertes (elles peuvent durer de 10 à 20 jours après l'accouchement).

**Saignements** qui évoluent : rouges au début, puis de plus en plus brunâtres. Ils peuvent s'accroître vers les 10 – 12 ème jours, et aussi reprendre vers les 20 – 25 ème jours après l'accouchement. Les écoulements jaunâtres ensuite indiquent la période de cicatrisation de la plaie utérine. Consultez s'ils deviennent abondants, ou si les écoulements sont malodorants.

**Température** : si vous vous sentez fébrile, n'hésitez pas à prendre votre température. Au delà de 38° consultez votre médecin traitant pour qu'il en détermine l'origine (elle peut ne pas être en relation directe avec votre accouchement).

**Suture du périnée** : en principe les fils se résorbent en 10 jours. Ils peuvent cependant rester en place plus longtemps. S'ils vous gênent, faites les retirer par votre médecin traitant.

**Visite post natale** : prenez rendez vous aux environs de 1 à 2 mois après l'accouchement. Prescription éventuelle sera faite de séances de kinésithérapie périnéale ou abdominale.

**Retour de couches** = le retour de vos règles. Si vous n'allaites pas, il a lieu aux environs 4 à 6 semaines après l'accouchement. Si vous allaitez, il s'effectuera probablement qu'après la date d'arrêt de l'allaitement, dans les 3 semaines à 2 mois qui suivent.

parlez en au cours de votre séjour, avec les sages-femmes et les obstétriciens pour information :

Micro pilule elle se prend tous les jours à la même heure, sans interruption, dès le 15<sup>ème</sup> ou 20<sup>ème</sup> jour après l'accouchement, jusqu'à l'utilisation d'un autre moyen contraceptif. La prise d'une pilule micro-dosée ne vous protège qu'à partir du moment où vous la prenez à horaire régulier depuis 8 jours d'affilée (un oubli de plus de 12 heures supprime son efficacité). Une micro-pilule n'empêche pas l'ovulation, mais « imperméabilise » la glaire cervicale. Elle peut parfois occasionner des saignements anarchiques, cependant n'interrompez pas le traitement. En cas d'oubli, ayez recours aux moyens locaux.

Contraception locale : en vente libre (même prescrite, elle n'est pas remboursée)

. Pour votre conjoint = préservatifs

. Pour vous = spermicides sous forme d'ovule ou de gel uni-dose ou de tampon, + un savon spécifique à utiliser dans ces cas là (bien lire la notice d'utilisation).

C'est vous qui déciderez de la date de reprise des rapports sexuels, à votre convenance.

Consultez votre sage-femme ou votre médecin en cas de :

-pertes malodorantes ou abondantes

-douleurs pelviennes brutales et aiguës

-douleur aigue au niveau des membres inférieurs

-température supérieure à 38°

-douleur ou rougeur au niveau des seins si vous allaitez

N'hésitez pas à nous contacter pour toutes questions en lien avec votre accouchement et votre bébé

#### NUMEROS DE TELEPHONE UTILES

**SERVICES DE MATERNITE DE MERCY      03 87 34 51 74    ou    03 87 34 51 75**

**URGENCES MATERNITE MERCY ( UGO )    03 87 34 54 98**

**MEDECIN TRAITANT :**

**SUIVI SAGE-FEMME :**

**SUIVI GYNECOLOGUE**

**Annexe 2** : Questionnaire délivré aux patientes au cours de l'étude



Bonjour,

Sage-femme au sein du CHR Metz-Thionville, je réalise un mémoire dans le cadre d'un diplôme inter Universitaire d'Etudes de la Sexualité Humaine.

Dans ce cadre, et afin de répondre au mieux à vos attentes en maternité, je souhaiterais, si vous le souhaitez, vous interroger sur le thème suivant :

« Au cours de votre séjour à la maternité, quelles sont vos préoccupations/attentes au sujet de la reprise de la sexualité après un accouchement ? »

Le terme sexualité doit être entendu dans sa globalité et comme élément essentiel de la santé sexuelle, c'est-à-dire : « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité ».

Ce questionnaire est anonyme, non obligatoire et vous demandera 10 minutes pour y répondre.

Je vous remercie par avance,

Je me mets à votre disposition afin de répondre à vos éventuelles questions :

GOUBET LAURA

[g.laura.sagefemme@gmail.com](mailto:g.laura.sagefemme@gmail.com)

## **INFORMATIONS GENERALES**

Dans quel hôpital avez-vous accouché ?

.....

Quel est votre âge ? .... ans

Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ? (*Entourez*)

1. Agriculteurs exploitants
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
4. Professions intermédiaires
5. Employés
6. Ouvriers
7. Retraités
8. Autres personne sans activité professionnelle

Quelle est votre taille ? .... Cm

Êtes-vous en couple ? (*entourez*)

OUI	NON
-----	-----

Est-ce votre premier enfant ? (*entourez*)

OUI	NON
-----	-----

Si non, avez-vous rencontré des difficultés à la reprise de la sexualité après votre ou vos accouchements précédents ? (*entourez*)

OUI	NON
-----	-----

## **GROSSESSE ACTUELLE / ACCOUCHEMENT :**

Poids avant la grossesse : .... kg

Poids en fin de grossesse : .... kg

Cette grossesse a-t-elle été obtenue suite à un processus d'Aide Médicale à la Procréation ?  
(entourez)

OUI	NON
-----	-----

Avez-vous accouché de jumeaux ou de triplés ? (entourez)

OUI	NON
-----	-----

**Accouchement :**

Quel était votre date de début de grossesse ? .. / .. / 2017

A quelle date avez-vous accouché ? .. / .. / 2018

De quelle manière avez-vous accouché ? (Entourez)

- VOIE BASSE (ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE)

sans aide instrumentale (ventouse/spatules/forceps)

OUI	NON
-----	-----

avec aide instrumentale

OUI	NON
-----	-----

Déchirure périnéale (nécessité de faire des points de suture) :

OUI	NON
-----	-----

Episiotomie (incision pratiquée au niveau du vagin pour en augmenter son ouverture et faciliter la naissance de l'enfant) :

OUI	NON
-----	-----

- CESARIENNE

Programmée

OUI	NON
-----	-----

en urgence

OUI	NON
-----	-----

Quel a été votre vécu de la grossesse ? (entourez)

TRÈS MAUVAIS	MAUVAIS	NEUTRE	BON	TRÈS BON
--------------	---------	--------	-----	----------

Quel a été votre vécu de l'accouchement ? (entourez)

TRÈS MAUVAIS	MAUVAIS	NEUTRE	BON	TRÈS BON
--------------	---------	--------	-----	----------

Votre enfant a-t-il été ou est-il hospitalisé en service de soins intensifs ou de néonatalogie ?

OUI	NON
-----	-----

Quel mode d'alimentation avez-vous choisi pour votre enfant ? (*entourez*)

ALLAITEMENT MATERNEL	ALLAITEMENT AU BIBERON	ALLAITEMENT MIXTE
-------------------------	---------------------------	----------------------

**INFORMATIONS CONCERNANT LA REPRISE DE LA SEXUALITE :**

- Avez-vous reçu des informations relatives à la reprise de la sexualité au cours de votre grossesse ? (*entourez*) 

OUI	NON
-----	-----

  - o Si oui était-ce une demande de votre part ? 

OUI	NON
-----	-----
  
- Avez-vous bénéficié, depuis votre accouchement, d'informations relatives à la reprise de la sexualité ?
  - o En salle d'accouchement : 

OUI	NON
-----	-----

    - Si oui, était-ce une demande de votre part ? 

OUI	NON
-----	-----
  
  - o En service de suites de couches ? 

OUI	NON
-----	-----

    - Si oui, était-ce une demande de votre part ? 

OUI	NON
-----	-----
  
- Auriez-vous souhaité, au cours de votre séjour à la maternité, recevoir une information relative à la reprise de la sexualité après un accouchement ?
  - |     |     |
|-----|-----|
| OUI | NON |
|-----|-----|
  - si non pourriez-vous en donner la raison ? (*entourez*)

IL EST TROP TOT POUR EN PARLER	JE NE SUIS PAS INTERESSEE
C'EST UN SUJET QUE JE NE SOUHAITE PAS ABORDER	JE N'AI PAS BESOIN D'INFORMATIONS A CE SUJET
POUR UNE AUTRE RAISON ( <i>précisez :</i> .....) .....	

- Si vous vous interrogez à ce sujet une fois sortie de la maternité, auprès de qui iriez-vous chercher l'information ? (entourez, plusieurs réponses possibles)

MON CONJOINT	MES AMIS	MA FAMILLE
LITTERATURE	UNE SAGE-FEMME LIBERALE	UN KINESITHERAPEUTE
UN SEXOLOGUE	INTERNET	MON MEDECIN TRAITANT
UN GYNECOLOGUE	AUTRE (précisez : .....)	

La liste suivante regroupe un ensemble de préoccupations/interrogations possibles concernant votre santé sexuelle après un accouchement. Cochez l'intensité ressentie pour chacune d'elles :

	1	2	3	4	5
<b>JE ME SENS PREOCCUPEE A PROPOS :</b>	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
D'éventuels risques à reprendre une sexualité précocement après l'accouchement					
D'une douleur que je pourrais ressentir lors des rapports après l'accouchement					
Du retour de mon désir sexuel ou de mon intérêt sexuel après l'accouchement					
De la satisfaction sexuelle de mon partenaire					
De ma propre satisfaction sexuelle					
De l'influence éventuelle de la fatigue présente ou à venir sur ma sexualité					

De la possibilité d'une nouvelle grossesse					
De l'éventuelle influence de l'allaitement sur ma sexualité					
De l'influence de l'allaitement sur ma poitrine					
De mon image corporelle et de ma désirabilité vis-à-vis de moi-même					
De mon image corporelle et de ma désirabilité vis-à-vis de mon conjoint					
De la présence éventuelle de pertes vaginales ou de saignements					
De la guérison de mon périnée (cicatrisation et chute des points de sutures, etc...)					
De la guérison et de la cicatrisation interne de mon utérus					
D'une éventuelle incontinence urinaire (fuite urinaire)					
D'une éventuelle incontinence anale (impossibilité ou difficulté à retenir selles ou gaz)					
Autres préoccupations/interrogations non notifiées : ( <i>précisez</i> )					
..... .....					
..... .....					
..... .....					

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé

# DIPLÔME INTERUNIVERSITAIRE DE SEXOLOGIE

Université de Lorraine

2018

Goubet Laura

goubet.laura.gl@gmail.com

## SANTÉ SEXUELLE ET POST-PARTUM :

### À la maternité, quelles sont les préoccupations maternelles ?

#### RÉSUMÉ

---

**Objectifs:** Explorer les préoccupations maternelles, à la maternité, relatives à la santé sexuelle et au post-partum. Évaluer les besoins des patientes en termes d'informations ?

**Méthodologie :** Questionnaire distribué aux accouchées avant leur sortie et après avoir reçu des informations et conseils relatifs au retour à domicile.

**Résultats :** Malgré l'expérience de la grossesse ou de l'accouchement, malgré les douleurs ou l'inconfort ressentis, malgré la fatigue ou la quantité d'informations diverses reçues en service de maternité ou en salle d'accouchement, les jeunes mères sont préoccupées à propos de leur santé sexuelle en général et de la reprise de la sexualité en particulier. Sans oublier l'individualité et le vécu de chacune, nous avons mis en évidence que les patientes sont préoccupées dans de nombreux domaines, majoritairement concernant les dyspareunies, la guérison du périnée et l'estime de soi ; Ensuite, que l'intensité de ces inquiétudes est corrélée à de multiples facteurs ; Que malgré le tabou qui persiste autour de la sexualité, une femme sur deux, qu'elle soit mère pour la première fois ou non, souhaiterait recevoir des informations relatives à ce sujet, d'avantage s'il elle se sent préoccupée ou si elle n'a pas été informée pendant sa grossesse ; Et enfin, que la sage-femme représente une interlocutrice privilégiée en sexo-périnatalité.

**Mots-clefs :** santé sexuelle ; post-partum ; préoccupations ; informations ; sage-femme.