



HAL
open science

Devenir père et mère et rester partenaires : impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple et besoin en information

Amélie Jalabert

► To cite this version:

Amélie Jalabert. Devenir père et mère et rester partenaires : impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple et besoin en information. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01873979

HAL Id: hal-01873979

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01873979>

Submitted on 13 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

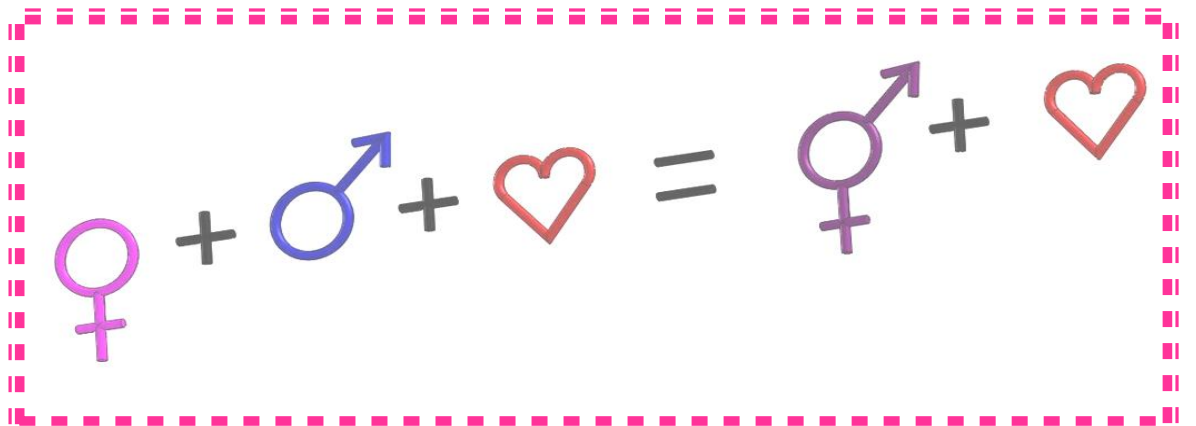
<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

DEVENIR PERE ET MERE, ET RESTER PARTENAIRES

Impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple et besoin en information



Mémoire présenté et soutenu par

JALABERT Amélie

Née le 19/05/1989

Promotion 2008-2012

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Monsieur Garau d'avoir accepté de diriger ce mémoire et de m'avoir consacré du temps pour me guider.

Un très grand merci aux sages-femmes libérales de l'axe Metz-Thionville qui, ayant distribué et collecté les questionnaires, ont fait un immense travail. Sans leur collaboration, ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

J'exprime ma gratitude aux couples qui ont accepté de répondre à mes questions avec gentillesse.

Mes plus sincères remerciements à Monsieur Baumann qui m'a aidé pour l'étude statistique.

Je n'oublie pas mes parents pour leur contribution et leur soutien pendant toutes mes années d'études.

Un merci tout particulier à mes proches qui m'ont toujours soutenu et encouragé au cours de la réalisation de ce mémoire.

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

SOMMAIRE

Sommaire	3
Introduction	5
Partie 1	6
1. Eléments de sexologie	6
1.1. Généralités.....	7
1.1.1. Evolution de la sexualité de l'antiquité à nos jours.....	7
1.1.2. Définition de la sexualité	8
1.1.3. Le déroulement d'un rapport sexuel	9
1.2. La sexualité pendant la grossesse.....	10
1.2.1. Du côté de la femme	11
1.2.2. Du côté de l'homme	12
2. Différents points de vue autour de la sexualité en post-partum	13
2.1. Point de vue anthropologique.....	13
2.1.1. Tribu asiatique.....	13
2.1.2. Tribu africaine.....	13
2.1.3. Tribu océanique.....	14
2.2. Positions de trois religions monothéistes	14
2.2.1. Le christianisme	14
2.2.2. L'islam	15
2.2.3. Le judaïsme	16
3. La sexualité du post-partum	16
3.1. Facteurs pouvant influencer la reprise de la sexualité en post-partum	17
3.1.1. Le mode d'accouchement	17
3.1.2. Conséquences de l'accouchement sur le corps de la femme.....	18
3.1.3. L'allaitement maternel	22
3.1.4. La contraception du post-partum	23
3.2. De la vie à deux à la vie à trois	23
3.2.1. Le bouleversement du quotidien	24
3.2.2. Du côté de la mère.....	25
3.2.3. Du côté du père	25

Partie 2	27
1. Cadre conceptuel de l'étude	28
1.1. Problématique	28
1.2. Objectifs	28
1.3. Hypothèses	28
1.4. Méthodologie	29
2. Résultats de l'étude	31
2.1. Généralités.....	31
2.2. Evaluation de la sexualité des couples	32
2.3. Evaluation de l'information des couples.....	43
Partie 3	48
1. Une sexualité modifiée dans le post-partum	49
2. Impacts de différents facteurs sur la qualité de la sexualité en post-partum..	50
2.1. L'histoire de la grossesse	50
2.2. L'accouchement	51
2.3. L'état périnéal	52
2.4. Le mode d'allaitement.....	53
2.5. Le post-partum	54
2.6. Le vécu du premier rapport sexuel après l'accouchement.....	56
3. L'information existante est-elle en adéquation avec la demande ?	57
3.1. Une information, pourquoi ?	57
3.2. Une information, pour qui ?	58
3.3. Une information, par qui ?	58
3.4. Une information, quand ?.....	59
3.5. Une information, comment ?.....	61
3.6. Une information, quoi ?	62
Conclusion	64
Bibliographie	65
Annexe 1	69
Annexe 2	80
Annexe 3	89

INTRODUCTION

La sexualité est un sujet délicat qui reste difficile à aborder dans la vie de tous les jours et lors du suivi médical. De nombreux forums Internet y sont, en conséquence, consacrés et sont peu fiables. La culture occidentale a toujours dissocié les parents de leur vie intime, rendant la reprise de la sexualité en post-partum davantage tabou.

Le domaine de l'obstétrique aide à accompagner les couples dans le tourbillon de vie qu'est la maternité, la paternité et la parentalité. La naissance d'un enfant entraîne de nombreux changements psychologiques et physiques dans la vie des parents et constitue une étape importante de la vie du couple.

Nous pouvons nous interroger sur l'impact de la naissance de l'enfant sur la sexualité du couple et le besoin en information qui en découle.

Durant les différents stages effectués au cours de mes études, les professionnels ont peu évoqué la reprise de la sexualité avec les couples lors de la visite de sortie de la maternité.

Ceci m'a interpellé. En effet, la sage-femme prescrit souvent une contraception lors de cette visite et parler de contraception implique de faire référence à la sexualité. La sage-femme est donc au cœur de ce sujet.

Une étude a été menée auprès des couples. L'analyse détaillée de ces résultats doit développer trois aspects majeurs du sujet.

Le premier est de décrire l'impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple en post-partum à travers trois critères : la fréquence, le degré de désir et le niveau de satisfaction.

Le second est de rechercher s'il existe des facteurs influant sur la qualité de la sexualité en post-partum.

Et pour finir, nous évaluerons le besoin exprimé par le couple en matière d'information en vue de proposer une réponse adaptée.

Partie 1

Cadre conceptuel

1. ELEMENTS DE SEXOLOGIE :

1.1. Généralités :

1.1.1. Evolution de la sexualité de l'antiquité à nos jours :

Avant de parler de la sexualité du post-partum, il est souhaitable d'évoquer l'évolution de la sexualité au cours des siècles. La sexualité occupe une place de plus en plus importante dans la société mais n'en reste pas moins un sujet délicat.

Durant l'antiquité, vers -400 avant Jésus Christ, Platon condamnait les plaisirs charnels. Le Kâmasûtra (« aphorismes du désir ») a été écrit par l'indien Vâtsyâyana au 4^{ème} siècle. Ce livre décrit un art de vivre qu'une personne cultivée se devait de connaître à cette époque. Il consacre un chapitre à la sexualité. (24)

Au 19^{ème} siècle, Freud décrit les pulsions sexuelles (« libido ») comme une énergie étant à la base de toute activité humaine, une pulsion de vie. (18)

Au 20^{ème} siècle s'exprime une « modernisation de la sexualité » qui associe la sexualité à une communication émotionnelle. Les pionniers de la sexologie comme Havelock Ellis, Alfred Kinsey, Virginia Johnson et William Masters partagent ce concept. (8)

En 1948 et 1953, aux Etats-Unis sont publiés les rapports Kinsey. Ces rapports sont le résultat de deux études scientifiques portant sur le comportement sexuel humain. A cette époque, ils provoquèrent une polémique car les résultats étaient contraires aux croyances religieuses et aux bonnes mœurs. (8)

En France, jusqu'au milieu des années 1960, il existait une double morale sexuelle. D'une part, les femmes se devaient d'être vierges jusqu'au mariage et leur sexualité se résumait à la reproduction.

D'autre part, les hommes bénéficiaient de plus de tolérance. Il n'existait pas d'éducation sexuelle. Durant la deuxième partie des années 60, se met en route la révolution sexuelle d'un point de vue législatif mais également d'un point de vue culturel.

En 1967, le gouvernement promulgue la loi Neuwirth qui autorise la contraception orale. Les femmes peuvent désormais maîtriser leur fécondité et aboutir à une sexualité épanouie comprenant un droit au plaisir. Une libération des mœurs s'opère également : la mini-jupe, le mouvement de protestation de Mai 1968 et le cinéma entérinent l'émancipation de la femme. (19)

En 2001, le législateur informe du fait que trois séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être réalisées à tous les niveaux scolaires. (5)

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé sexuelle en 1975. Cette définition a été réactualisée en 2002 :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun. » (48)

En 2006, L'ONU et la loi française ont reconnu le viol entre époux comme étant un crime. (4)

1.1.2. Définition de la sexualité :

Quelle définition peut-on actuellement donner de la sexualité ?

L'OMS caractérise la sexualité comme étant :

« Un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. » (48)

La sexualité humaine, contrairement à celle du monde animal, ne se limite pas à un ensemble de comportements visant à aboutir à la reproduction.

La sexualité est effectivement pourvue d'une seconde fonction : la fonction érotique, propre à l'espèce humaine. Elle est représentée par tout ce que l'intelligence humaine permet de construire à partir du génital pour provoquer du sublime. La notion de plaisir y est primordiale.

Cet aspect de la sexualité est primordial car, après l'accouchement, la sexualité perd sa fonction reproductrice. Ne reste alors plus que sa fonction érotique. (47)

1.1.3. Le déroulement d'un rapport sexuel :

Selon Gilles Trudel, le désir sexuel est une catégorie particulière du désir à la recherche du plaisir sexuel. (43)

C'est un état mental d'intensité variable créée par des stimuli internes et externes induisant la sensation de besoin d'avoir une relation sexuelle.

Le désir sexuel est influencé par divers facteurs comme : la société, la culture, la religion, l'éducation, la qualité de la relation conjugale, l'environnement, l'image de soi, l'organicité liée à des opérations chirurgicales... Le désir sexuel peut entraîner un rapport sexuel.

Le rapport sexuel est un dialogue charnel qui a pour finalité d'aboutir à l'orgasme par quelque moyen que ce soit.

Il n'est donc pas limité au coït. Pendant la grossesse et le post-partum, pour Ferrand, *« l'essentiel réside à ne pas rompre le dialogue amoureux puisque la sexualité humaine est plus affaire de l'imagination que de technique, et le registre de la sensualité est infiniment plus nuancé pour ne pas se limiter qu'à une simple pénétration. »* (16)

Ce dialogue implique la rencontre de deux êtres donc de deux configurations psychologiques différentes.

L'imagination, la liberté d'esprit, le respect, la volonté de donner et de recevoir du plaisir, donneront toute sa richesse à la sexualité. Une interaction significative est retrouvée entre la communication dans un couple et la satisfaction sexuelle. (43)

Le gynécologue William Masters et la psychologue Virginia Johnson ont détaillé le rapport sexuel selon 4 phases : (32)

- L'excitation : Au niveau des seins, les mamelons sont turgescents. Les grandes lèvres s'amincissent et s'aplatissent contre le périnée.

Une lubrification vaginale débute s'accompagnant d'une expansion réflexe du cul-de-sac postérieur.

Le clitoris est turgescent et décalotté. (45)

- Le plateau : L'engorgement veineux du tiers inférieur du vagin et des petites lèvres constitue « la plate-forme orgasmique ». (45)

- L'orgasme : Il se manifeste par des contractions rythmées du muscle releveur de l'anus suite à une stimulation du vagin et /ou du clitoris. (13)

- La résolution : La décongestion pelvienne permet une reprise de l'apparence initiale des organes génitaux.

1.2. La sexualité pendant la grossesse :

La sexualité pendant la grossesse influe sur la sexualité du post-partum, celle-ci étant le trait d'union entre la sexualité préconceptionnelle et la sexualité d'après grossesse.

Il faut noter que la sexualité d'avant grossesse et le « degré de permissivité érotique » du couple joue un rôle considérable sur la sexualité pendant la grossesse. (45)

La femme et l'homme ne vivent pas la sexualité durant la grossesse de la même manière, ce qui peut par manque de communication et de respect, créer des tensions au sein du couple.

1.2.1. Du côté de la femme :

82% des femmes pensent qu'il est possible d'avoir des rapports sexuels pendant toute la grossesse. A contrario, 10% d'entre elles s'abstiennent dès l'annonce de la grossesse. Les femmes craignent à hauteur de 25 à 50% de blesser le bébé pendant une activité sexuelle. (44) (12) Les seules situations entraînant une contre-indication au coït pendant la grossesse sont : la menace d'accouchement prématuré, les placentas bas insérés et les décollements placentaires, les Infections Sexuellement Transmissibles (utilisation de préservatifs lors d'infections) et la rupture prématurée des membranes. (45)

Il n'existe pas de norme quant au degré de désir pendant la grossesse. On assiste tout au long de la grossesse à un accroissement du taux de deux hormones : l'œstrogène et la progestérone (surtout entre 12 et 36 SA) qui, respectivement, favorise le désir et l'inhibe. D'après Masters et Johnson, il semblerait cependant que la parité et le trimestre de grossesse ont une répercussion sur le désir d'avoir des relations sexuelles. D'un point de vue général, les primipares ont un désir atténué comparé aux multipares. (32)

Le 1^{er} trimestre est marqué par les « petits maux » de la grossesse tels que les nausées et la fatigue. Ainsi, ce trimestre peut être marqué par un déclin du désir sexuel chez la femme, plus rapide que la baisse du désir chez l'homme. La femme ayant déjà investi la grossesse, peut redouter de provoquer des blessures à son enfant et d'induire une fausse couche au moment des rapports sexuels. (46)

Au 2^{ème} trimestre, les maux de la grossesse se sont en général estompés et les femmes vivent une sexualité plus épanouie qu'au premier trimestre. Le climat hormonal est favorable à la sexualité en partie par induction d'une lubrification vaginale importante. La femme est souvent fière des belles formes qui se dessinent sur son corps. Cependant, les mouvements du fœtus perçus par la femme peuvent agir comme un inhibiteur du désir sexuel. (46)

Au 3^{ème} trimestre, le ventre est proéminent et lourd, rendant difficile la réalisation de certaines positions sexuelles. Le couple doit donc s'adapter aux changements. En outre, la femme est souvent sujette aux douleurs lombaires et aux reflux gastro-œsophagiens. Elle est également fatiguée et pressée que la grossesse se termine. Bien qu'elles n'aient aucune incidence sur une grossesse eutocique, les contractions utérines liées à l'orgasme font craindre à certaines femmes d'accoucher prématurément. Le 3^{ème} trimestre est marqué par les appréhensions et les craintes entourant l'accouchement.

Le dernier rapport sexuel a généralement lieu un mois avant la naissance de l'enfant. (44)

D'une manière générale, la femme a besoin de tendresse et de se sentir en sécurité pendant la grossesse, car elle vit un retour à son enfance et une identification à sa propre mère. (21)

1.2.2. Du côté de l'homme :

Pendant la grossesse, certains pères présentent un syndrome de la couvade qui est un ensemble de symptomatologie similaire aux « petits maux » de début de grossesse. (30)

Durant le 1^{er} trimestre, le désir de l'homme reste inchangé. En effet, le corps de sa femme n'est pas encore vraiment modifié.

D'après une étude pilote française, le désir de l'homme décline au fur et à mesure de la grossesse. Pour 40% d'entre eux, le désir décroît lentement à partir de la fin du 2^{ème} et au début du 3^{ème} trimestre. (39)

La baisse de leur désir peut-être due à des fantasmes tels que de salir le fœtus avec leur sperme, de le blesser, de se faire mordre ou encore de se faire voir.

La femme peut également être vue par l'homme comme une « madone », c'est-à-dire une femme seulement mère de son enfant et non plus sa partenaire. (46)

L'homme s'adapte généralement au besoin de tendresse plus conséquent de sa femme. 69% des hommes se montrent ainsi plus affectifs envers leur femme lors des rapports sexuels durant la grossesse. (39)

Par manque de communication et de compréhension, certains pères s'isolent. 4 à 23% des pères commencent une relation extraconjugale pendant la grossesse de leur femme ou pendant le post-partum. (39)

2. DIFFERENTS POINTS DE VUE AUTOUR DE LA SEXUALITE EN POST-PARTUM :

Comme le rappelle l’OMS, la sexualité est influencée par des facteurs culturels, religieux et spirituels.

La religion et l’appartenance à une culture peuvent ainsi conditionner la reprise de la sexualité en post-partum dans un couple.

2.1. Point de vue anthropologique :

Il existe différentes positions quant à la reprise de la sexualité en post-partum selon les tribus et les croyances qui en découlent.

La variation du délai de reprise de la sexualité est de deux semaines à un an.

2.1.1. Tribu asiatique :

Les Chuckchee appartiennent à une tribu vivant en Sibérie et élevant des rennes. Ils prônent une sexualité fréquente pendant la grossesse afin de consolider l’embryon.

Dans le post-partum, ils préconisent une reprise rapide des rapports sexuels afin que la femme ne se referme pas complètement après s’être ouverte. (1)

2.1.2. Tribu africaine :

Dans de nombreuses tribus d’Afrique, la polygamie est de règle. Les hommes s’impliquent peu dans l’éducation des enfants.

La femme se consacre entièrement à l’allaitement maternel et à son enfant dans le post-partum.

Les conditions socio-économiques sont telles, qu’une deuxième grossesse mettrait en danger la vie du premier enfant, en inhibant le processus de lactation par rétrocontrôle hormonal.

La reprise de la sexualité s’effectuerait donc aux environs du sixième mois du post-partum. (1)

2.1.3. Tribu océanique :

Les Arapeshs, tribu de Nouvelle-Guinée, attendent les un an de l'enfant pour reprendre une sexualité.

Ce moment correspond à l'âge de la marche, du sevrage et d'une certaine « indépendance » de l'enfant. Cette abstinence leur permet de réguler les naissances. Elle procure également aux femmes l'assurance de la contribution du mari à l'éducation des enfants, seul moyen pour lui de « mériter » la sexualité conjugale. (10)

2.2. Positions de trois religions monothéistes :

Les pratiques religieuses prennent une place moins notable dans notre société que les siècles précédant. Cependant, il paraît nécessaire de connaître les coutumes correspondant aux trois religions les plus représentées en France. (14)

Dans les religions, le symbole d'impureté majeure est le sang. Les lochies s'écoulent durant une quinzaine de jours après l'accouchement.

Les femmes en postpartum doivent donc procéder à une purification pour entrer en contact avec le sacré, par respect envers leur religion.

Le principal vecteur de purification est l'eau, dans les religions étudiées. (35)

2.2.1. Le christianisme :

La bible n'interdit pas la pratique du culte après l'accouchement. Il persiste néanmoins une tradition d'impureté de la femme.

Elle doit donc attendre 40 jours avant de se rendre à l'église et de procéder à la réalisation des « relevailles ».

Cette cérémonie permet de purifier la femme avec de l'eau bénite comme la Vierge Marie après la naissance de Jésus. Elle rend également possible la présentation de l'enfant à l'église. (29)

La fonction maternelle apparaît plus essentielle que la fonction d'épouse dans la bible. Le culte de la Madone reste prépondérant. Une madone n'a pas de sexualité, elle n'est pas touchée mais vénérée.

En ce qui concerne l'alimentation du nouveau-né, l'Eglise encourage l'allaitement maternel avec les nombreuses représentations de Maria Lactans.

La contraception reste interdite, l'acte sexuel ayant pour seul but la reproduction des êtres humains.

2.2.2. L'islam :

L'accouchement fait partie des actes figurant parmi les impuretés majeures dans le Coran.

C'est pourquoi la femme est isolée dans une pièce de la maison avec son enfant et ne dort pas dans le lit conjugal pendant 40 jours. Les femmes faisant partie de son entourage l'assistent en ce qui concerne les tâches ménagères, le bain du nouveau-né... lui permettant de se reposer.

Elle n'est donc jamais seule en dépit du fait qu'elle soit exclue de la vie religieuse et sociale. Au terme des 40 jours d'impureté, l'accouchée se purifie à l'aide d'un bain rituel : « le ghusl ». Le couple peut alors reprendre une sexualité.

La maternité est un élément capital dans la vie d'une femme musulmane. L'allaitement est décrit dans le Coran comme un devoir sacré pour une mère.

La religion musulmane conseille un allaitement maternel pendant 2 ans même si l'enfant ne tète plus car il a besoin de l'odeur, de l'énergie et de l'âme de sa mère.

La contraception n'est pas interdite dans l'Islam dans le sens où l'équilibre de la famille est la priorité, ainsi, les parents peuvent choisir le nombre d'enfants désirés. La procréation est cependant recommandée. (27)

2.2.3. Le judaïsme :

Le sang rend impure les accouchées comme précisé dans le Lévitique 12 : « *Lorsqu'une femme deviendra enceinte et qu'elle enfantera un mâle, elle sera impure comme au temps de son indisposition menstruelle. Le huitième jour, l'enfant sera circoncis. Elle restera encore trente trois jours à se purifier de son sang ; elle ne touchera aucune chose sainte, et elle n'ira point au sanctuaire, jusqu'à ce que les jours de sa purification soient accomplis. Si elle enfante d'une fille, elle sera impure pendant deux semaines, comme au temps de son indisposition menstruelle ; et elle restera soixante six jours à se purifier de son sang.* » (17)

Du fait de son impureté, la règle est l'éloignement de la femme, c'est la loi de la « nidda ». Le temps de son impureté, elle ne dort donc pas dans le lit conjugal.

La purification est également de mise avec un bain rituel purificateur : le « mikve ». La femme offre un agneau ou des tourterelles en sacrifice pour avoir juré, pendant les douleurs du travail, de ne plus vouloir avoir de rapports sexuels avec son mari. (35)

L'allaitement maternel est prôné jusqu'au 18 mois de l'enfant minimum et est également un devoir pour la mère.

La contraception est tolérée si le couple a déjà eu au moins deux enfants et si la santé de la mère est en jeu.

3. LA SEXUALITE DU POST-PARTUM :

Le post-partum se définit comme étant la période comprise entre l'accouchement et le retour de couches.

Le retour de couches signale le retour physiologique à la vie sexuée d'une femme. Il se produit 6 à 8 semaines après l'accouchement lorsque l'allaitement est artificiel, et à l'arrêt de l'allaitement lorsque la femme allaite. (33)

C'est le moment du deuil de la grossesse et de l'acceptation de la séparation de l'enfant.

Le post-partum est « *le temps du bilan, le moment où, après la tempête, l'équipage du « navire-couple » se doit de constater les éventuelles avaries, colmater les brèches, accepter en son sein un nouveau membre, s'il ne veut pas que le navire aille « à vau l'eau » ou que, tout simplement, il coule. Il y va de la vie, non seulement du navire, mais aussi de chacun des membres de l'équipage, et de plus particulièrement du dernier arrivé dont les qualités de navigateur dans l'avenir dépendent fondamentalement de ce rude apprentissage.* » (30)

La reprise de la sexualité se produit en moyenne six semaines après l'accouchement soit une « franchise » de presque deux mois. (20) 57 % des femmes ont ainsi retrouvé une sexualité à six semaines du post-partum, 82 % à 12 semaines et 90 % à 24 semaines. (40) (11) Cependant, au bout de six mois d'abstinence, s'instaure dans le couple une relation fraternelle d'où est exclue toute sexualité. (30)

La sexualité en post-partum est un sujet préoccupant pour les couples. 40 à 64 % des femmes et 19 à 64 % des hommes redoutent la reprise de la sexualité. La majorité des couples rencontre des difficultés lors de la reprise de la sexualité.

En effet, seulement 14% des femmes et 12% des hommes ont rapporté ne pas avoir eu de difficultés sexuelles après l'accouchement. (44)

La morbidité des difficultés sexuelles dans le post-partum passe de 83% dans les trois premiers mois à 64 % au bout de six mois. (6)

Selon la littérature, de nombreux facteurs peuvent influencer la reprise et la qualité de la sexualité en post-partum.

3.1. Facteurs pouvant influencer la reprise de la sexualité en post-partum :

3.1.1. Le mode d'accouchement :

- La césarienne

La césarienne ne préserve pas la sexualité. Ce mode d'accouchement crée une tension due à la cicatrisation interne et une anesthésie partielle du pubis dans le post-partum. De plus, pour certaines femmes, le fait de s'écarter de la « normalité » d'un accouchement voie basse peut conduire à une baisse de l'estime de soi et ainsi, avoir un impact sur la sexualité du couple.

Dans son étude, Klein s'est servi de l'index IFSI (Female Sexual Index Function) afin de comparer la sexualité des couples, selon le mode d'accouchement, 12 à 18 mois après la naissance de l'enfant.

Cet index regroupe comme critères : la lubrification vaginale, l'éveil, le désir, l'orgasme, la douleur et la satisfaction.

Plus l'index est élevé, plus les difficultés sexuelles rencontrées sont considérables.

Les femmes ayant accouché par voie basse avec un périnée intact ont un index à 29,6 tandis que les femmes ayant eu une césarienne ont un index à 30,5.

Il n'y a donc pas de différences significatives observées. (26)

Selon la conférence des instituts nationaux de sciences et de santé, la sexualité n'est pas un argument valable pour bénéficier d'une césarienne. (37)

- La voie basse instrumentale

L'instrumentalisation lors de l'accouchement par voie basse (ventouse, forceps) entraînerait deux fois plus de risques de dyspareunies et cinq fois plus de douleurs périnéales qu'un accouchement par voie basse normal. (9)

3.1.2. Conséquences de l'accouchement sur le corps de la femme :

Durant le post-partum, le corps de la femme subit de nombreuses transformations tant sur le plan gynécologique que général. Ces « *préjudices corporels de la maternité* » peuvent perturber la sexualité du couple. (45)

- D'une part, sur le plan gynécologique :

- La cavité vaginale

Une hyperlaxité de la cavité vaginale est constatée suite au passage du fœtus et à l'étirement des muscles du plancher pelvien. Les sensations lors de la pénétration sont, par conséquent, diminuées. (45)

Le climat hormonal n'est pas propice à la sexualité. En effet, une chute du taux des œstrogènes et de la progestérone se produit à l'accouchement.

Cette carence entraîne une baisse de la libido et ne sera comblée qu'après le retour de couches. (33) Suite à ce climat hormonal, une atrophie de l'épithélium vaginal est constatée.

Cette atrophie a pour conséquence une lubrification vaginale moindre qui entraîne une sécheresse vaginale, responsable de brûlures et de douleurs lors des rapports sexuels. (45)

Une étude anglaise montre une augmentation significative des problèmes comme la sécheresse vaginale, la douleur et le manque de désir dans les trois mois suivant l'accouchement comparé à la sexualité d'avant grossesse. (6)

◦ Les lochies

La régression de la muqueuse utérine jusqu'au 5^{ème} jour après l'accouchement, est responsable de la présence de lochies pendant une à deux semaines après l'accouchement. (33)

◦ Les lésions périnéales :

- Les déchirures périnéales suturées à la suite de l'accouchement peuvent être sensibles voir douloureuses.

Une étude menée chez les primipares montre que plus les déchirures périnéales sont importantes, moins la sexualité est reprise rapidement.

Ainsi, les femmes ayant eu un périnée intact ou une déchirure simple ont repris les rapports à 7,1 semaines du post-partum contre 8,4 semaines pour celle ayant eu une épisiotomie et 9,3 semaines pour les femmes ayant eu un périnée complet. (42)

L'importance des lésions périnéales influe sur la durée des douleurs lors des rapports sexuels.

Ainsi, plus les déchirures sont importantes, plus la douleur dure longtemps après l'accouchement (tableau suivant). (42)

	Périnée intact ou déchirure simple	Épisiotomie	Périnée complet
1 ^{er} rapport post-partum	57,8 %	73,2 %	77,4 %
3 mois du post-partum	32,8 %	48,2 %	61,4 %
6 mois du post-partum	18,6 %	24,1 %	26,7 %

Tableau : Pourcentage des femmes ayant des dyspareunies lors du premier rapport sexuel après l'accouchement, à 3 mois et à 6 mois post-partum en fonction du type de lésions périnéales constatées.

- L'épisiotomie est l'incision chirurgicale du périnée au moment de l'accouchement. Mal suturées, elles peuvent déformer l'orifice vaginal ou encore créer un granulome cicatriciel. (45) Il ne faut pas oublier la dimension psychologique particulière de ce geste.

Il peut provoquer une réminiscence œdipienne chez certaines femmes n'ayant pas accepté leur identité féminine. En effet, l'épisiotomie matérialise l'image de la coupure du pénis masculin comme dans le complexe d'œdipe et peut être vécu comme une castration.

Langer a démontré dans une étude française que l'épisiotomie provoque plus de dyspareunies dans les premières semaines du post-partum mais ceci ne se vérifie plus à distance de l'accouchement. (28)

◦ Les incontinences sphinctériennes

Des incontinences sphinctériennes (urinaires et/ou anales) peuvent apparaître dans le post-partum selon les conditions d'accouchement.

Ces incontinences gênent le couple dans la reprise de la sexualité et représente une véritable honte pour la femme.

Des séances de rééducation périnéale seront alors prescrites, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). La prévalence de l'incontinence diminuera de 20% un an après l'accouchement. (13)

◦ Les hémorroïdes

La présence d'hémorroïdes disgracieuses et douloureuses peut également être observée.

▪ D'autre part, sur le plan général :

La satisfaction sexuelle est fonction de l'image que la femme a de soi. (38).

Le poids excédentaire, les vergetures et les varices pouvant être présents ne participent pas à l'estime que la femme a d'elle-même.

La femme peut ressentir une baisse de son attractivité sexuelle due à ces modifications corporelles.

Le regard et les mots du partenaire vis-à-vis de ce corps remodelé sont donc primordiaux dans l'acceptation de celui-ci.

3.1.3. L'allaitement maternel :

Dans notre société, le sein demeure un signe non négligeable de la féminité et conserve une fonction érotique.

Il est une source de désir chez l'homme et peut être une zone érogène pour la femme.

Lors de l'allaitement maternel (une française sur deux), le sein acquiert une deuxième fonction : la fonction nutritive qui est originelle.

Le sein devient donc le territoire de l'enfant mais le conjoint se doit de se le réapproprier aussi.

De plus, le contact physique avec le nouveau-né lors de la tétée crée un climat affectif suffisant à la femme. Le désir sexuel de la femme se voit donc amoindri. (7)

L'allaitement entraîne une hyperprolactinémie, empêchant la fonction ovarienne de se réveiller, retardant le retour de couches et donc le retour d'un climat hormonal propice à l'acte sexuel.

La sécheresse vaginale est plus importante lors d'un allaitement maternel que lors d'un allaitement artificiel. (46)

De plus, les écoulements de lait pouvant se produire lors des rapports sexuels et les soutiens-gorges d'allaitement, pas très glamours, peuvent émousser le désir chez l'homme.

Une étude canadienne met en exergue le fait que, 6 semaines après l'accouchement, 38,7% des femmes allaitant ont repris les rapports sexuels versus 58,2% des femmes n'allaitant pas. (41)

A contrario, pour Masters et Johnson, les femmes allaitant montrent un intérêt sexuel plus tôt après l'accouchement que les femmes n'allaitant pas. (32)

3.1.4. La contraception du post-partum :

A la visite de sortie de maternité, la plupart des femmes reçoivent une information sur la contraception et plusieurs choix s'offrent à elles. La pilule progestative microdosée est largement prescrite en tant que contraception du post-partum.

Si le couple ne souhaite pas de pilule, la sage-femme conseille l'utilisation de préservatifs.

D'autres couples attendent la visite post-natale avec un plus grand choix de méthodes contraceptives pour reprendre les rapports sexuels. Dans la plupart des cas, lors de la visite de sortie de maternité, la sage-femme informe le couple de la présence d'un risque de grossesse avant le retour de couches. Une majorité des couples craignent les grossesses rapprochées.

Parmi les femmes ayant une ordonnance de pilule, certaines ne la prennent pas, soit par défaut de compréhension de son fonctionnement soit par peur d'une incompatibilité avec l'allaitement.

De ce fait, le nombre de couples attendant la visite post-natale (faite entre 6 et 8 semaines du post-partum) pour reprendre une sexualité croît.

50% des femmes ayant choisi la pilule l'oublie au moins une fois dans le post-partum.
(15)

3.2. De la vie à deux à la vie à trois :

Le couple est une association de deux entités, deux systèmes relationnels propres, qui s'unissent pour former une troisième entité.

Avant la conception d'un enfant, ces trois entités vont inter-réagir à la recherche d'un équilibre.

A la naissance de l'enfant, « *le système conjugal doit devenir parental* ». (30)

La naissance du premier enfant est un événement concret qui est source de changement des statuts sociaux, des relations interpersonnelles, du quotidien et des perspectives d'avenir. En effet, la naissance de l'enfant se situe dans un processus historique qui la précède et la continue.

Ce processus met en jeu l'identité féminine de la mère et l'identité masculine du père.
(31)

3.2.1. Le bouleversement du quotidien :

Le bébé est omniprésent, exigeant, dépendant de ses parents et change leur rythme de vie. Ainsi, l'alimentation, les bains, les changes, les tâches ménagères, les pleurs difficiles à comprendre et les bercements se répètent et centrent l'emploi du temps du couple autour du nouveau-né. Seul le bébé compte. (22)

L'acceptation du rôle parental, l'adaptation des parents à ce nouveau rythme de vie et la communication jouent un rôle primordial dans la reprise des rapports sexuels. (2)

Les nuits sont discontinues et l'enfant dort souvent dans la même chambre que ses parents voir dans le lit conjugal, ce qui ne peut être propice à la reprise des rapports sexuels.

Le nouveau rythme de vie entraîne un état de fatigue présent chez la majorité des femmes. La fatigue contribue à une baisse du désir sexuel. Ces femmes préfèrent se reposer lors de temps libres au détriment d'avoir une activité sexuelle. (3)

Il est nécessaire pour le bien-être du couple de se retrouver sans l'enfant lors de sorties et de se reconnecter avec le monde extérieur.

La séduction a une importance considérable et l'épanouissement sexuel du couple parental « *conditionne l'harmonie affective nécessaire au développement de l'enfant* » selon Messager. (34) Pour Aldo Naouri, avoir une sexualité conjugale satisfaisante « *c'est encore la façon la plus agréable et la meilleure de continuer de « faire son enfant* » ». (36)

Les deux parents vivent-ils les changements du post-partum de la même manière ?

3.2.2. Du côté de la mère :

La femme après avoir été le centre d'intérêt pendant toute la grossesse, se retrouve au second plan avec un sentiment de vide sans transition.

Dans le post-partum, la mère réalise un travail d'adoption. La relation mère-enfant se construit au fur et à mesure et il n'existe pas de relation mère-enfant innée et idyllique. Pendant la grossesse, la mère s'est imaginée son enfant et s'est préparée à sa venue. Cependant, cet enfant peut-être différent de ses attentes, avec sa propre manière de réagir et d'appréhender le monde extérieur. (25)

Face à ces changements, la mère peut ressentir un désarroi qui se manifeste par des anxiétés, des doutes mais également des joies.

Elle se sent tour à tour une « bonne » puis une « mauvaise » mère. Winnicott appelle cet état d'hypersensibilité aux messages, la préoccupation maternelle primaire. Toute son énergie et sa tendresse vont à l'enfant. « *Mais devenir mère c'est être capable de passer d'un rôle à un autre : femme, épouse et mère* ». (30)

3.2.3. Du côté du père :

L'accouchement et le post-partum sont deux moments importants pour le père. C'est à ces moments là qu'il commence à se rendre compte de sa paternité.

▪ L'accouchement

Dans le vécu des pères, se pose la question de sa présence ou non à l'accouchement. Si le père est absent, tout se passe dans son imaginaire.

S'il est présent en salle d'accouchement, il est sensible à toutes les perceptions possibles en salle d'accouchement : les bruits étranges, les odeurs désagréables, les images de vulve sanglante et béante.

En effet, tout se passe au niveau du fantasme car le père voit, entend, sent, mais ne ressent rien. (30) Ainsi, la violence des actes et la douleur peuvent le perturber, surtout s'il est présent mais sans grande volonté, par « obligation ».

Groddek nous interroge : « *Avez-vous déjà assisté à un accouchement ? N'y-a-t-il pas un fait tout à fait étrange ? La parturiente gémit, crie, mais son visage est rouge, fiévreusement surexcité et ses yeux ont ce rayonnement extraordinaire qu'aucun homme n'oublie lorsqu'il l'a suscité chez une femme...* ». (23)

▪ Le post-partum

Il ne suffit pas à un homme que sa femme accouche pour devenir père. Cela nécessite un travail d'adoption.

La réussite de ce travail est conditionnée par deux facteurs : l'acceptation par la mère du partage de l'enfant et la capacité du père à savoir donner de la tendresse et à ressentir des émotions. (30)

Le père peut se sentir exclu de la relation fusionnelle entre la mère et son enfant, lui qui a « manqué » neuf mois de grossesse. Inclure le conjoint dans les informations données pendant la grossesse ne peut que l'aider à trouver sa place de père.

Il passe, comme sa femme, par des moments d'angoisse et de sérénité.

Les pères réagissent de différentes manières face à ce sentiment d'exclusion. Certains culpabilisent leur femme de ne pas comprendre les cris de l'enfant.

D'autres apportent leur soutien et trouvent des solutions aux problèmes.

D'autres encore se sentent « de trop » dans leur foyer, dépriment et s'absentent du domicile conjugal en s'investissant énormément dans leur travail ou en trouvant du réconfort au sein d'une relation extraconjugale.

Pour le bien du développement de l'enfant, le père doit prendre le rôle d'un médiateur entre les désirs du bébé et la mère. Il a la dure tâche de faire réaliser à sa femme que des occupations autres que bébé peuvent la combler également. (25)

Du point de vue sexuel, un affadissement du désir est ressenti par l'homme dans le post-partum. Cet affadissement peut être dû à trois facteurs. Tout d'abord, une baisse de l'attirance envers sa femme.

Le corps de la femme étant souvent marqué par la grossesse (vergetures, surpoids...), il témoigne d'une « *irréversibilité de la perte de la possession exclusive de l'objet d'amour* ».

Ensuite, le sexe de sa femme est devenu une filière sacrée que l'homme n'ose plus emprunter.

Enfin, les seins, gorgés de lait lors de l'allaitement maternel doivent être partagés avec l'enfant. Cependant, il faut que l'homme assure le lien entre corps maternel et corps érotique. (30)

Partie 2

L'étude

1. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE :

1.1. Problématique :

La prise en charge globale du couple pendant le post-partum, et plus particulièrement celle de la sécurité psychologique du couple, fait partie des compétences de la sage-femme.

La venue au monde d'un enfant est un bouleversement de la vie affective et sexuelle. La sage-femme a donc logiquement un rôle à jouer dans l'accompagnement et l'information du couple à propos de la sexualité après la naissance d'un enfant.

Durant les différents stages effectués dans le cadre de mes études, les professionnels ont très peu abordé le thème de la sexualité du post-partum.

Les femmes ont pourtant de nombreuses consultations pendant le suivi de la grossesse. Lors de la visite de sortie de la maternité par exemple, la sage-femme propose systématiquement à la femme une contraception mais, souvent elle ne l'informe pas quant à la reprise de la sexualité. Comment peut-on parler de contraception sans parler de sexualité ? Ceci m'a interpellé.

Mon mémoire de fin d'études a donc pour thème l'information des couples concernant la reprise de la sexualité après la naissance du premier enfant.

1.2. Objectifs :

- Décrire l'impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple en post-partum à travers trois critères : la fréquence, le degré de désir et le niveau de satisfaction.
- Evaluer le besoin exprimé par le couple en matière d'information et d'éducation à la sexualité en vue de proposer une réponse adaptée.

1.3. Hypothèses :

- La fréquence des rapports sexuels, le désir et la satisfaction sexuels sont diminués après la naissance du premier enfant et ceci est dû à des facteurs divers et complexes.
- Les couples manquent d'informations sur la reprise de la sexualité en post-partum.

1.4. Méthodologie :

J'ai choisi de faire une étude épidémiologique à visée descriptive. Le choix du questionnaire s'est imposé afin de laisser le couple s'exprimer le plus possible, la sexualité restant un sujet tabou et difficile à aborder.

▪ Population et lieu d'étude :

L'enquête a été menée à partir de questionnaires semi-directifs distribués à des « primicouples ».

Les critères d'inclusion étaient les suivants : couples hétérosexuels, non séparés et dont l'enfant était présent au domicile à la sortie de la maternité.

J'ai élaboré un questionnaire type pour les femmes (Annexe 1) et un autre pour les hommes (Annexe 2) avec cependant des questions communes.

Les questionnaires ont été testés auprès de cinq couples et quelques modifications ont été réalisées. Les questionnaires hommes et femmes ont pu être appariés.

Le moment choisi dans le post-partum pour distribuer les questionnaires a été la rééducation périnéale. La rééducation du périnée est la consultation la plus tardive dans le suivi sage-femme et commence après la visite post-natale, c'est-à-dire 6 à 8 semaines après l'accouchement. Ce laps de temps correspond au délai moyen observé dans la littérature quant à la reprise de la sexualité en post-partum.

▪ Recueil de données :

210 questionnaires ont été distribués dans 16 cabinets de sages-femmes libérales de l'axe Metz-Thionville et chez une sage-femme hospitalière pratiquant la rééducation périnéale à l'Hôpital Maternité de Metz, après autorisation (Annexe 3).

Ces sages-femmes ont été recherchées dans l'annuaire afin d'éviter au mieux les biais possibles. Toutes les sages-femmes contactées ont accepté de participer à l'étude. Elles ont reçu chacune 5 à 20 questionnaires selon leur activité et leur souhait. L'étude a été menée du 2/09/11 au 6/12/11. Des relances téléphoniques mensuelles ont été nécessaires.

Les sages-femmes remettaient les questionnaires aux femmes en rééducation périnéale et les couples les remplissaient à leur domicile. D'après les sages-femmes, les couples ont apprécié de pouvoir réfléchir au sujet et de répondre aux questionnaires plus tard et au calme chez eux. Malgré la densité des questionnaires, 10 à 15 minutes suffisaient pour les compléter. L'anonymat fut respecté.

Trois solutions étaient envisageables afin de me faire parvenir les questionnaires complétés.

Les couples pouvaient soit les ramener à la séance de rééducation périnéale suivante, soit me les renvoyer par courrier ou par mail.

Les couples avaient possibilité de ramener les questionnaires homme et femme sous enveloppes séparées. Aucun couple ne l'a fait.

105 questionnaires hommes et 105 questionnaires femmes me sont parvenus complétés soit un taux de réponse de 50%.

Ce taux est satisfaisant et en accord avec des études portant sur le même thème et ayant une population plus conséquente (6) (40).

9 questionnaires m'ont été adressés par courrier et 96 questionnaires ont été récupérés chez les sages-femmes. Aucun ne m'est parvenu par mail.

▪ Limites et contraintes :

Dans un premier temps, les questionnaires étaient distribués aux couples par l'intermédiaire de sages-femmes et de kinésithérapeutes pratiquant la rééducation périnéale.

Ce choix avait été fait car ces deux professionnels sont au contact des femmes après la naissance de leur enfant.

Malgré quelques relances téléphoniques, aucun questionnaire n'a été distribué par les kinésithérapeutes.

Ainsi, dans la partie « Information » du questionnaire femme, aucune femme ne pouvait choisir le kinésithérapeute comme donneur d'information en ce qui concerne la sexualité du post-partum (questions n°2 et 3).

La population des femmes ayant consulté un kinésithérapeute pour la rééducation périnéale n'a donc pas été étudiée.

2. RESULTATS DE L'ETUDE :

2.1. Généralités :

Tableau 1 : Age, origine et niveau d'étude en fonction du sexe :

	Hommes	Femmes
Age		
Moins de 25 ans	4%	12%
25-30 ans	43%	55%
30-40 ans	48%	33%
Plus de 40 ans	5%	0%
Origine		
Europe du nord	82%	79%
Afrique	6%	6%
Asie	3%	3%
Europe du sud	7%	11%
Amérique	1%	1%
Autre	1%	0%
Niveau d'étude		
Secondaire	20%	5%
Baccalauréat	23%	21%
Etude supérieure	57%	74%

Au moment de l'étude, 9% des couples étaient ensemble depuis moins de 2 ans, 44% entre 2 et 5 ans, 37% entre 5 et 10 ans et 10% depuis plus de 10 ans.

Les couples ont complété les questionnaires 14 semaines, en moyenne, après la naissance de leur enfant. La médiane est de 12 semaines et l'écart-type de 6 semaines.

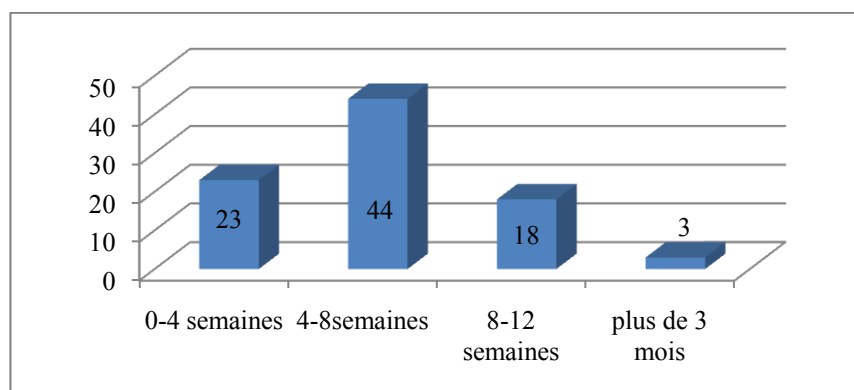
2.2. Evaluation de la sexualité des couples :

Sur 105 couples interrogés, 17 couples n'ont pas repris de sexualité soit une non-reprise de 16%. Les raisons de non-reprise évoquées par les couples sont : la fatigue (citées 9 fois), la peur de la douleur (9 fois), le manque de désir (7 fois), l'allaitement (4 fois), les saignements (4 fois), le stress (2 fois) et l'attente d'une contraception (1 fois). 5 hommes et 5 femmes n'ont pas communiqué de raisons de non-reprise.

Les couples ayant repris une sexualité ont été interrogés sur le délai de reprise de celle-ci. 4 réponses été proposées : « 0-4 semaines », « 4-8 semaines », « 8-12 semaines » et « plus de 3 mois ».

Graphique 1 : Répartition du délai de reprise de la sexualité :

N=88



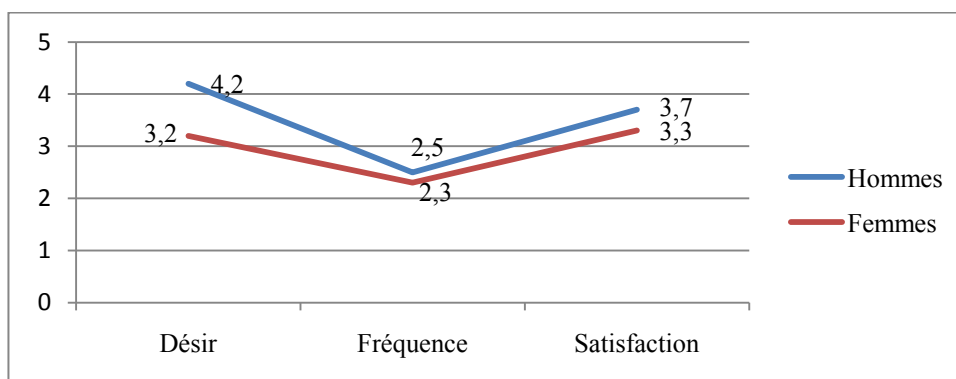
Sur 88 couples ayant repris les rapports sexuels : 1/4 des couples ont repris une sexualité 4 semaines après l'accouchement, 2/3 des couples à 8 semaines du post-partum et 85 couples à 3 mois du post-partum.

La moyenne du délai reprise de la sexualité est de 4 à 8 semaines après l'accouchement.

Une comparaison entre la sexualité d'avant grossesse et la sexualité d'après grossesse a été demandée aux hommes et aux femmes en fonction de trois critères : le désir, la fréquence et la satisfaction.

La sexualité d'après grossesse dans cette comparaison était notée de 0 à 5 (0 étant le moins bon score et 5 étant le meilleur).

Graphique 2 : Représentation de la moyenne des différents critères de la sexualité en fonction du sexe :



85% des femmes et 50% des hommes ont un désir atténué après la naissance de l'enfant (score < 5).

92% des femmes et 90% des hommes remarquent une fréquence plus faible des rapports sexuels dans le post-partum (score < 5).

85% de femmes et 69% des hommes éprouvent moins de satisfaction lors des rapports sexuels durant le post-partum (score < 5).

Les critères de sexualité des femmes seront retenus pour la suite de l'étude car il semble que ceux-ci soient plus modifiés que les critères de sexualité des hommes.

▪ Grossesse :

Pour 2 couples, la grossesse n'était pas un projet commun.

10 femmes ont été hospitalisées pendant leur grossesse. La durée d'hospitalisation s'étend de 1 jour à 1 mois ½ avec une moyenne à environ 2 semaines. Les termes auxquels s'est produite l'hospitalisation s'étendent de 3 mois à 7 mois avec une moyenne vers 6 mois de grossesse. Les motifs d'hospitalisation étaient pour 8 d'entre elles menace d'accouchement prématuré, pour 1 décollement placentaire et pour 1 métrorragies.

23% (N=24) des femmes ne se sentent pas bien dans leur corps pendant la grossesse. Pour 25% d'entre elles, ceci a interféré sur leur sexualité tout au long de la grossesse. Pour 33% de ces femmes, cet état a beaucoup interagi sur leur sexualité.

Tableau 2 : Perturbations rencontrées par les femmes influant sur la sexualité pendant la grossesse :

Réponses multiples possibles

Perturbations ressenties	N=24
Psychologiques (manque de confiance en soi, peur de nuire au bébé, angoisse)	3
Physiologiques (fatigue, inconfort, prise de poids)	19
Médicales (rapports interdits, douleurs, nausées)	15
Sexuelles (baisse du désir, sensation d'être moins désirable)	3

70% des hommes trouvent leur femme désirable tout au long de la grossesse.

59% (N=62) des hommes ressentent des craintes en ce qui concerne les relations sexuelles durant la grossesse.

Pour 15% d'entre eux, ces craintes ont interféré sur leur sexualité tout au long de la grossesse et 19% d'entre eux ont trouvé que ces craintes avaient beaucoup interagi sur leur sexualité.

Tableau 3 : Craintes ressenties par l'homme pouvant avoir une interférence sur la sexualité pendant la grossesse :

Réponses multiples possibles

Craintes ressenties	N=62
Peur de toucher l'enfant	26
Peur de faire mal à l'enfant	34
Peur de faire mal à sa femme	47

▪ **Accouchement**

70% des femmes ont eu un accouchement voie basse normal, 15% un accouchement voie basse instrumentale et 15% une césarienne.

69% des femmes ayant eu une césarienne ont repris une sexualité au moment de l'étude, 89% des femmes ayant eu une voie basse normale et 81% des femmes ayant eu une voie basse instrumentale.

Afin de faciliter l'analyse des résultats, les scores donnés (de 0 à 5) pour évaluer les critères de sexualité des femmes seront regroupés en 2 catégories : les scores ≤ 3 et les scores > 3 .

Tableau 4 : Qualité de la sexualité en fonction du mode d'accouchement :

N=88

	Score ≤ 3	Score > 3
Désir	N=50 (57%)	N=38 (43%)
Césarienne	14%	10%
Voie basse normale	72%	75%
Voie basse instrumentale	14%	15%
Fréquence	N=77 (88%)	N=11 (12%)
Césarienne	13%	9%
Voie basse normale	70%	91%
Voie basse instrumentale	17%	0%
Satisfaction	N=48 (55%)	N=40 (45%)
Césarienne	10%	15%
Voie basse normale	74%	73%
Voie basse instrumentale	16%	12%

12% des femmes ont un score > 3 en ce qui concerne la fréquence des rapports. Le mode d'accouchement voie basse normale représente 91% des femmes ayant un score > 3 pour la fréquence. Aucune des femmes ayant eu une voie basse instrumentale n'a de score > 3 .

Sur 89 accouchements voie basse, ont été comptés : 9 périnées intacts, 40 déchirures périnéales et 40 épisiotomies.

100% des femmes ayant conservé un périnée intact ont repris une sexualité au moment de l'étude contre 90% des femmes ayant eu une déchirure périnéale et 83% des femmes ayant eu une épisiotomie.

Tableau 5 : Qualité de la sexualité du couple en fonction de l'état du périnée pour les accouchements voies basses :

N=88

	Score ≤ 3	Score > 3
Désir	N=50 (57%)	N=38 (43%)
Périnée intact	14%	9%
Déchirure	39%	54%
Episiotomie	47%	37%
Fréquence	N=77 (88%)	N=11 (12%)
Périnée intact	10%	20%
Déchirure	43%	70%
Episiotomie	47%	10%
Satisfaction	N=48 (55%)	N=40 (45%)
Périnée intact	11%	12%
Déchirure	41%	53%
Episiotomie	48%	35%

En ce qui concerne le critère fréquence, les femmes conservant un périnée intact représentent 10% des femmes ayant un score ≤ 3 contre 20% des femmes ayant un score > 3 . Pour les femmes ayant eu une épisiotomie, 10% d'entre elles sont représentées dans la catégorie « score > 3 » et elles sont présentes à hauteur de 47% dans les « scores ≤ 3 ». Le test du Chi-2 est égal à 0,08 pour la fréquence. Le test du Chi-2 est égal à 0,52 pour la satisfaction et est égal à 0,41 pour le désir.

51% des femmes ont qualifié leur accouchement d'excellent ou de très bon, 27% de bon ou d'assez bon, 22% de moyen ou de mauvais. 88 des 90 femmes dont le conjoint était présent ont trouvé cela rassurant, les 2 autres indispensables.

89% des femmes gardant un excellent ou un très bon souvenir de l'accouchement ont repris les rapports sexuels au moment de l'étude, contre 86% des femmes gardant un bon ou un assez bon souvenir et 74% des femmes gardant un moyen ou un mauvais souvenir.

92% des pères souhaitaient être présents à l'accouchement, 86% y était. 94% se trouvaient à côté de leur femme, les autres changeaient de position au cours du travail. 82% des hommes présents à l'accouchement en gardent un bon souvenir, 6% un souvenir dérangeant, 6% un souvenir traumatisant et 6% autre (excellent, géant). 3 hommes ayant des souvenirs dérangeants ou traumatisants l'ont justifié par la violence de l'acte et la vision des lésions périnéales.

64 des 74 hommes gardant un bon souvenir de l'accouchement ont repris une sexualité au moment de l'étude, contre 4 hommes sur 5 gardant un souvenir traumatisant et 5 hommes sur 5 gardant un souvenir dérangeant.

Tableau 6 : Qualité de la sexualité en fonction du vécu de l'accouchement :

N=88

	Score ≤ 3	Score > 3
Désir	N=50 (57%)	N=38 (43%)
Excellent-très bon vécu	48%	61%
Bon-assez bon vécu	28%	26%
Moyen-mauvais vécu	24%	13%
Fréquence	N=77 (88%)	N=11 (12%)
Excellent-très bon vécu	53%	55%
Bon-assez bon vécu	26%	36%
Moyen-mauvais vécu	21%	9%
Satisfaction	N=48 (55%)	N=40 (45%)
Excellent-très bon vécu	53%	55%
Bon-assez bon vécu	23%	33%
Moyen-mauvais vécu	24%	12%

Les femmes ayant un vécu « moyen ou mauvais » de l'accouchement sont 2 fois plus représentées dans la catégorie « score ≤ 3 » pour les 3 critères que dans la catégorie « score > 3 ».

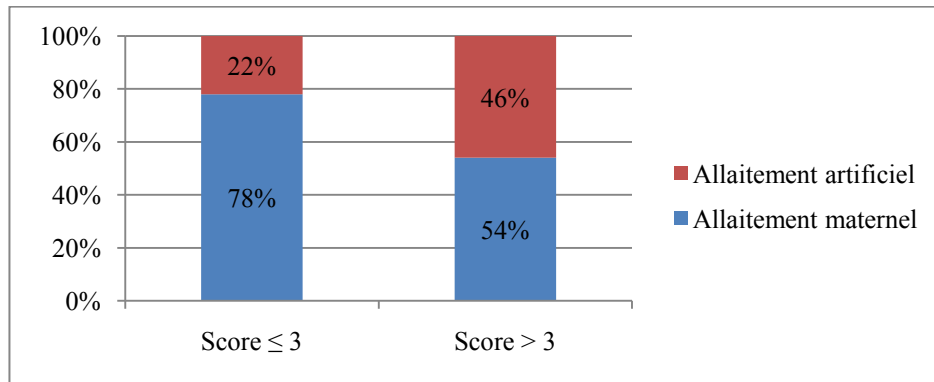
▪ Le post-partum

70% des femmes interrogées ont allaité leur enfant. 46% des femmes allaitaient encore au moment de l'étude. La moyenne d'arrêt de l'allaitement est d'environ 7 semaines. Les femmes allaitant leur enfant l'ont toutes choisi elles-mêmes.

60 des 74 femmes allaitant avaient repris une sexualité au moment de l'enquête soit 81% (N=60). 28 des 31 femmes ayant choisi l'allaitement artificiel avaient repris les rapports sexuels lors du remplissage du questionnaire soit 90% (N=28).

50% des hommes dont les femmes allaitent trouvent cela harmonieux, 48% normal, 2% contraignant.

Graphique 3 : Degré de désir en fonction du mode d'allaitement :



Le test du Chi-2 est égal à 0,016 pour ce graphique.

12 des 60 femmes allaitant (1/5) ont repris les rapports sexuels avant 4 semaines du post-partum, 45 avant 8 semaines (3/4) et 58 avant 12 semaines.

12 des 28 femmes ne pratiquant pas l'allaitement maternel ont repris une sexualité avant 4 semaines du post-partum (environ 1/2), 23 avant 8 semaines (4/5) et 27 avant 12 semaines.

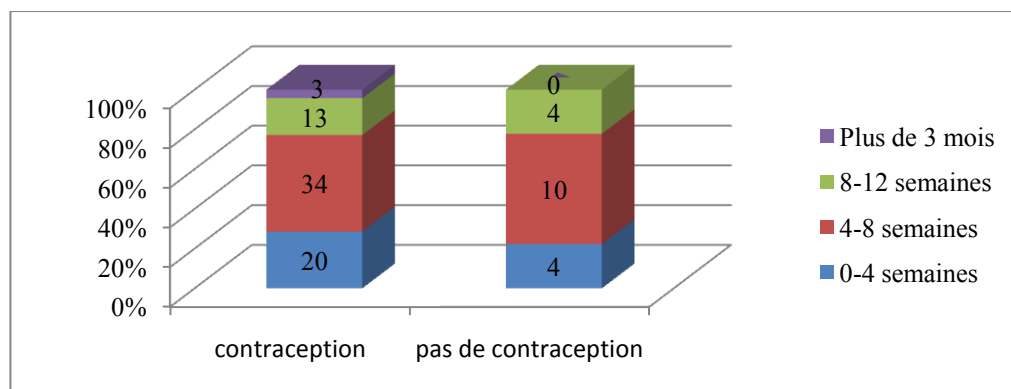
75% des femmes avaient une contraception à la sortie de la maternité : 80% d'entre elles ont choisi la micropilule, 19% les préservatifs, une femme avait ces deux moyens contraceptifs cumulés.

70 des 79 femmes ayant une contraception ont repris les rapports soit 87%. 18 des 26 femmes n'ayant pas de contraception ont repris les rapports soit 69%.

82% des femmes avaient une contraception après la visite post-natale : 80% d'entre elles ont préféré la pilule, 10% les préservatifs, 10% des autres moyens contraceptifs (stérilet, anneau, patch) et une femme cumulait les préservatifs et la pilule.

Graphique 4 : Délai de reprise de la sexualité en fonction de la présence ou non d'une contraception en post-partum :

N=88



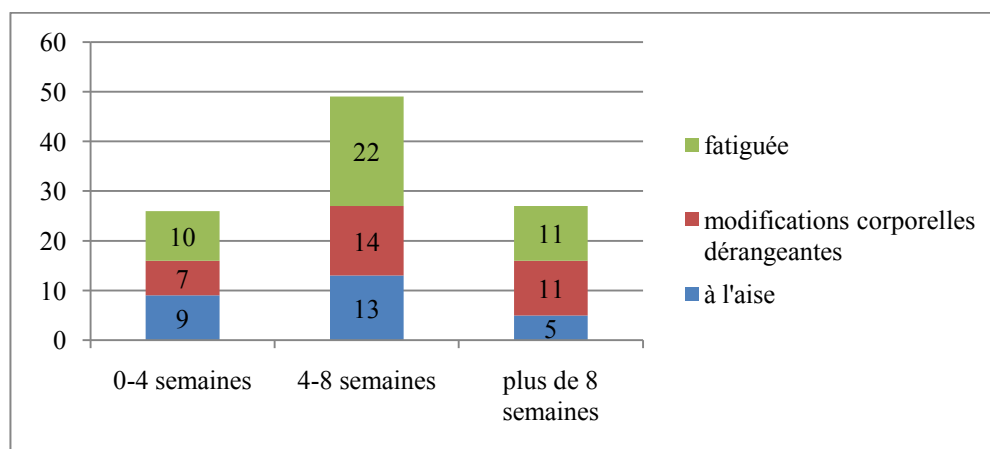
Nous avons demandé aux femmes comment elles se sentaient en post-partum. Plusieurs réponses pouvaient être données par chaque femme. Sur 105 femmes, 30 se trouvent à l'aise dans leur corps, 55 se sentent fatiguées, 36 ressentent des modifications corporelles dérangeantes et 2 autres (poids excédentaire, amélioration de l'état). 43 des 55 femmes se sentant fatiguées ont repris les rapports, 27 des 30 femmes se sentant à l'aise et 32 des 36 femmes ressentant des modifications corporelles dérangeantes.

72% des hommes trouvent leur femme séduisante dans le post-partum, 19% d'entre eux la trouvent différente physiquement, 7% des hommes la trouvent moins attirante et 2% autre (semblable, exténuée).

Par manque d'effectifs dans la catégorie « plus de 3 mois », les catégories « 8-12 semaines » et « plus de trois mois » ont été regroupées en une seule catégorie « plus de 8 semaines » pour le délai de reprise dans le reste de l'étude.

Graphique 5 : Répartition du délai de reprise de la sexualité en fonction des troubles ressentis depuis l'accouchement :

Réponses multiples possibles



La reprise de la sexualité fait partie du « devoir conjugal » pour 38% (N=34) des femmes. 100% d'entre elles ont repris les rapports au moment de l'étude.

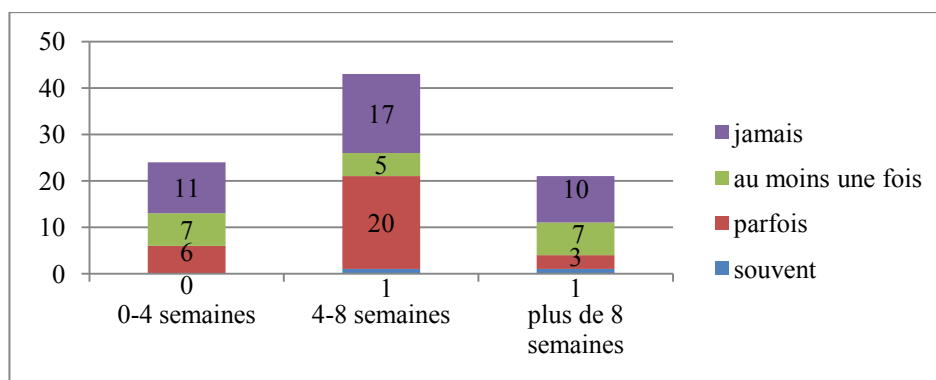
▪ La vie à trois

Un changement de rythme de vie s'est opéré à hauteur de 95% des femmes et de 84% des hommes. Parmi ceux dont le rythme de vie a changé, 37% des femmes et 57% des hommes s'y sont bien adaptés. 57% des femmes et 38% des hommes s'y sont plutôt bien adaptés.

42% des couples ne sortent jamais sans leur enfant, 24% au moins une fois depuis l'accouchement, 32% parfois, 2% souvent.

Graphique 6 : Délai de reprise de la sexualité en fonction de la fréquence des sorties du couple sans l'enfant :

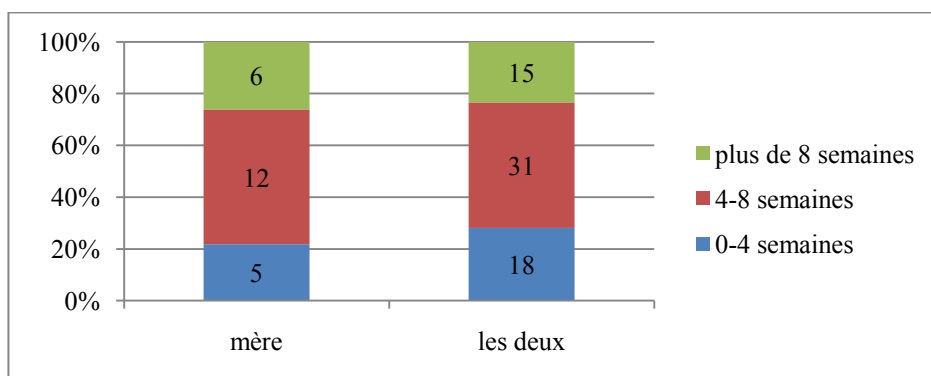
N=88



27% des femmes se sentent seulement la mère de leur enfant, 71% mère et femme et 2% seulement femme. 9% des hommes se sentent seulement père de leur enfant, 88% père et mari et 3% seulement mari.

Graphique 7 : Délai de reprise de la sexualité en fonction du ressenti du rôle de mère et/ou de femme :

N=87

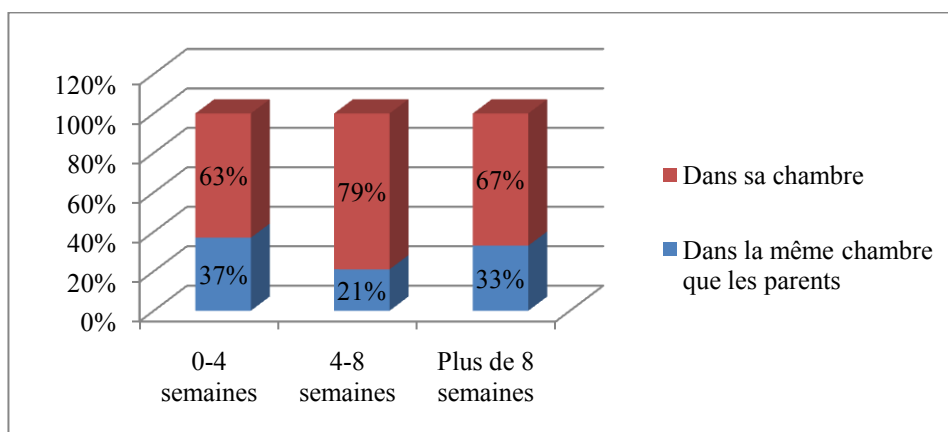


La catégorie des femmes ayant repris les rapports et se sentant plus femmes que mère n'a pas été placée dans le graphique car l'effectif était d'une seule femme.

70% des enfants ont une chambre à eux et 30% partagent la même chambre que leurs parents.

78% des couples dont l'enfant dort dans la même chambre que les parents ont repris une sexualité au moment de l'étude contre 86% des couples dont l'enfant a sa propre chambre.

Graphique 8 : Délai de reprise de la sexualité en fonction du lieu de couchage de l'enfant :



▪ Premier rapport sexuel :

Les 6 catégories d'adjectifs désignant le souvenir du premier rapport seront regroupées par deux comme suit : « excellent-très bon », « bon-assez bon » et « moyen-mauvais » afin de faciliter l'exploitation des résultats.

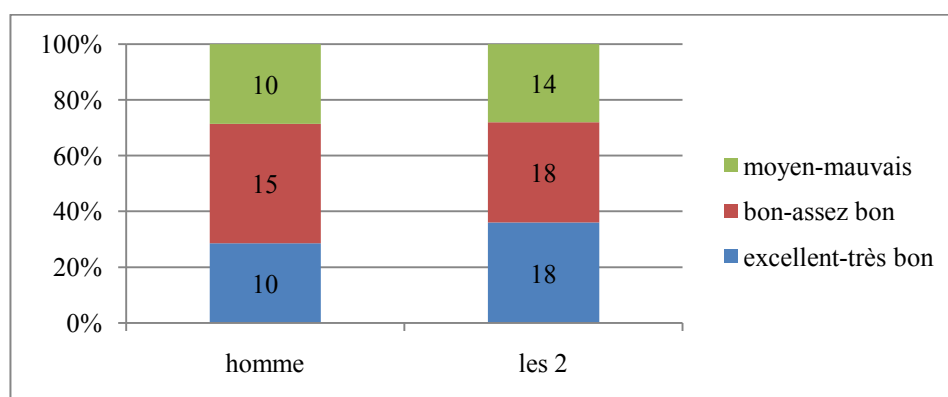
Sur 88 femmes, 29 d'excellent ou très bon, 34 bon ou d'assez bon, 25 de moyen ou de mauvais. Sur 88 hommes, 32 ont qualifié le premier rapport d'excellent ou de très bon, 34 de bon ou d'assez bon, 22 de moyen ou de mauvais.

On note la présence de rapports sexuels sans pénétration avant les rapports sexuels avec pénétration chez 53 couples sur 88 (environ 6 sur 10).

Pour 50 couples, le désir a été mutuel. Le désir venait de l'homme pour 35 couples et de la femme pour 3 couples.

Graphique 9 : Vécu du premier rapport en fonction de la personne sollicitant le premier rapport sexuel :

N=85



45% des femmes ont estimé que leur homme été compréhensif et doux lors du premier rapport après l'accouchement, 26% doux, 13% compréhensif et 16% semblable à avant la grossesse.

59% d'hommes ont trouvé leur femme anxieuse lors du premier rapport en post-partum, 21% semblable à avant la grossesse, 19% détendue, 1% autre (gênée).

80% des femmes (N=71) ont eu des craintes par rapport à la reprise de la sexualité.

Tableau 7 : Craintes ressenties par les femmes quant à la reprise des rapports sexuels en post-partum :

Réponses multiples possibles

Craintes	N=71
Désunion de la suture	24
Douleur	66
Avoir un sexe visuellement différent	9
Autre (ne pas être désirable, ne pas avoir de plaisir)	2

93% des femmes ayant des craintes quant à la reprise des rapports sexuels ont cité la douleur. 34% des femmes ayant des craintes appréhendent une désunion de la suture.

41% des hommes (N=36) ont eu des appréhensions quant à la reprise des rapports sexuels. 29 hommes parmi ceux-ci ont précisé leurs appréhensions (pouvant être multiples) : « ressentir des sensations différentes » a été cité à 4 reprises, « peur de faire mal à leur femme » a été mentionné 20 fois, « peur de la suture » a été rapporté 9 fois et « la baisse de la libido » a été indiqué 1 fois.

2.3. Evaluation de l'information des couples :

▪ Femmes

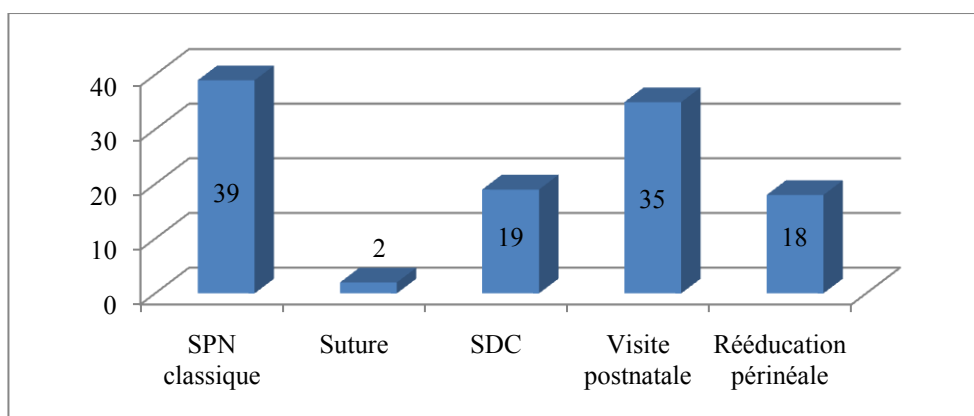
82% des femmes pensent qu'une information quant à la reprise de la sexualité doit être proposée lors de la prise en charge d'une grossesse par les professionnels de santé.

92% des femmes ont fait des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

54% des femmes ont reçu une information, soit 57 femmes sur 105 interrogées.

Graphique 10 : Répartition du moment choisi par les professionnels pour donner les informations aux femmes :

N=57 Réponses multiples possibles



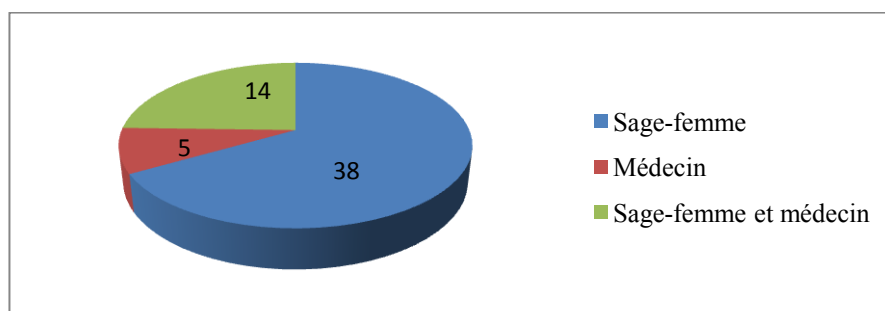
SPN=séances de préparation à la naissance et à la parentalité

SDC=service de suites de couche

Aucune information n'a été donnée en séances postnatales d'apprentissage à la parentalité.

Graphique 11 : Répartition du type de professionnels ayant donné les informations aux femmes :

N=57



Dans 81% des cas, les informations données aux femmes ont été utiles.

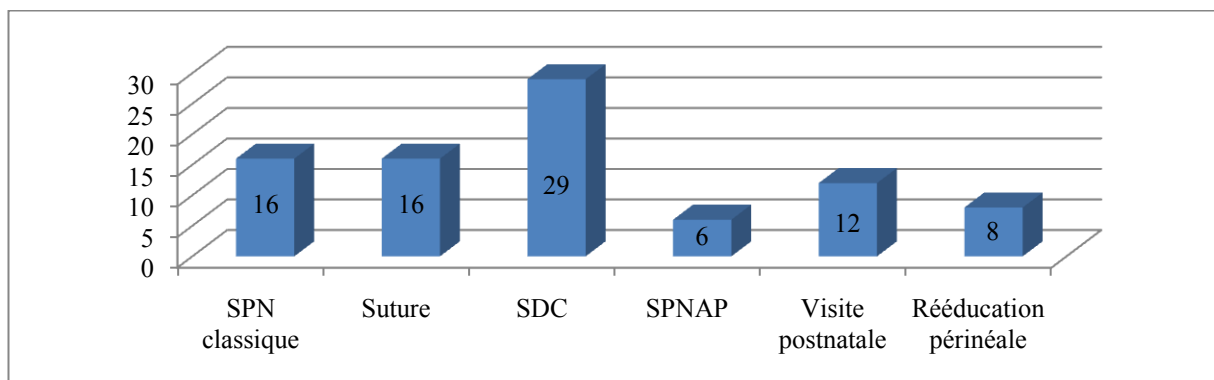
Sur 57 femmes ayant reçu une information, 45 femmes ont précisé la nature de l'information reçue.

Les professionnels leur ont conseillé : de prendre le temps nécessaire et d'attendre que le désir revienne (14 fois cité), d'utiliser du lubrifiant (9 fois), de communiquer avec le conjoint (4 fois), d'attendre la cicatrisation complète de la suture (6 fois), du risque de douleur (5 fois), d'attendre 1 mois (2 fois), d'utiliser de la crème cicatrisante (2 fois), de prendre des précautions vis-à-vis de la contraception (2 fois), d'attendre la fin des saignements (1 fois).

48% des femmes (50 femmes sur 105) auraient souhaité recevoir plus d'informations.

Graphique 12 : Répartition du moment souhaité par les femmes pour recevoir les informations :

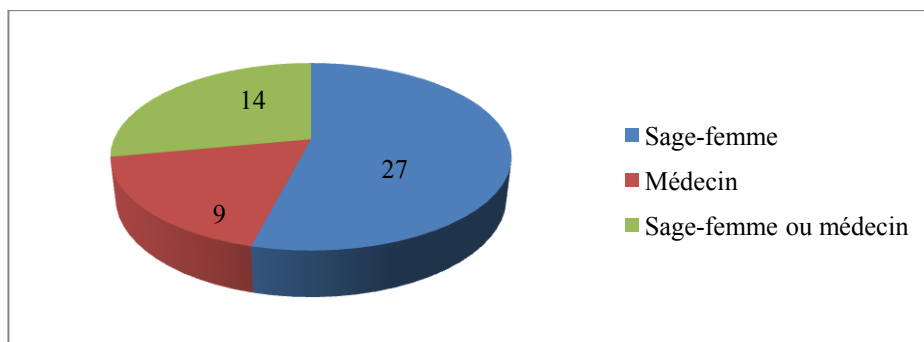
N=50 Réponses multiples possibles



SPNAP = séances postnatales d'apprentissage à la parentalité

Graphique 13 : Répartition du type de professionnel souhaité par les femmes pour donner les informations :

N=50

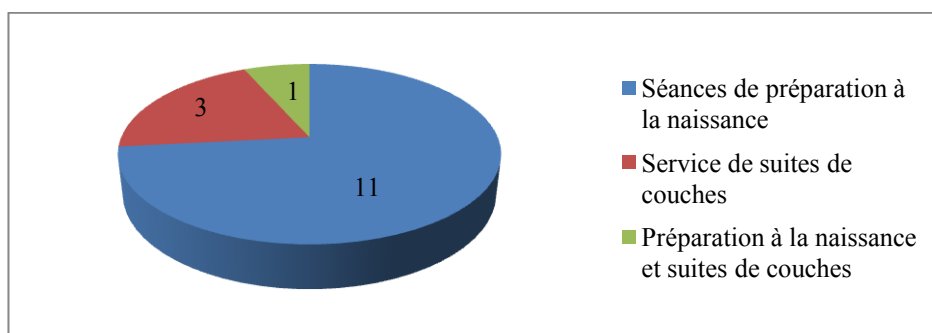


▪ Hommes :
69% des hommes pensent qu'une information quant à la reprise de la sexualité doit être proposée lors de la prise en charge d'une grossesse par les professionnels de santé.

14% des hommes ont reçu une information, soit 15 hommes sur 105 interrogés.

Graphique 14 : Répartition du moment choisi par les professionnels pour donner les informations aux hommes :

N=15



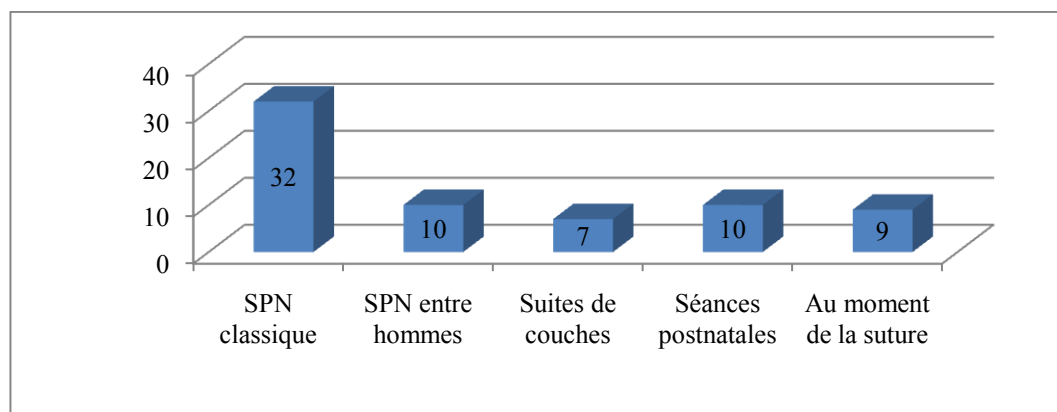
Dans 100% des cas, les informations ont été données aux hommes par une sage-femme et ont été utiles.

Les informations données aux hommes sont semblables à celles données aux femmes.

33% des hommes (35 hommes) souhaiteraient recevoir plus d'informations.

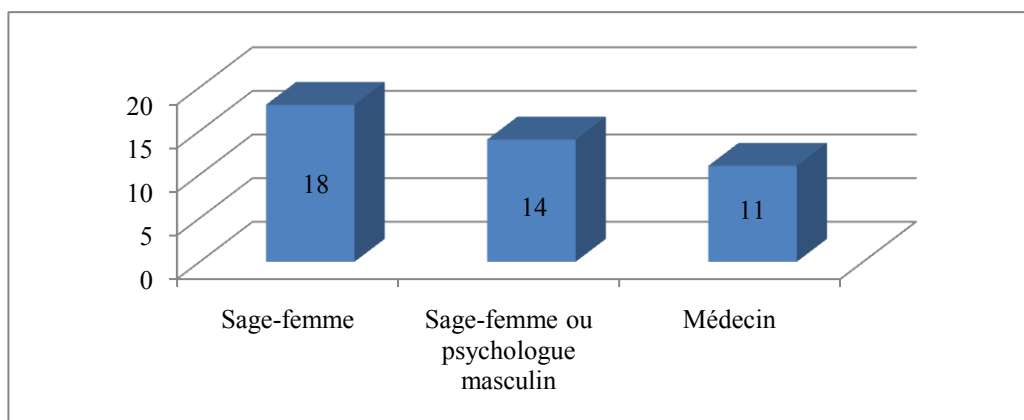
Graphique 15 : Répartition du moment souhaité par les hommes pour recevoir les informations :

N=35 Réponses multiples possibles



Graphique 16 : Répartition du professionnel souhaité par les hommes pour donner les informations :

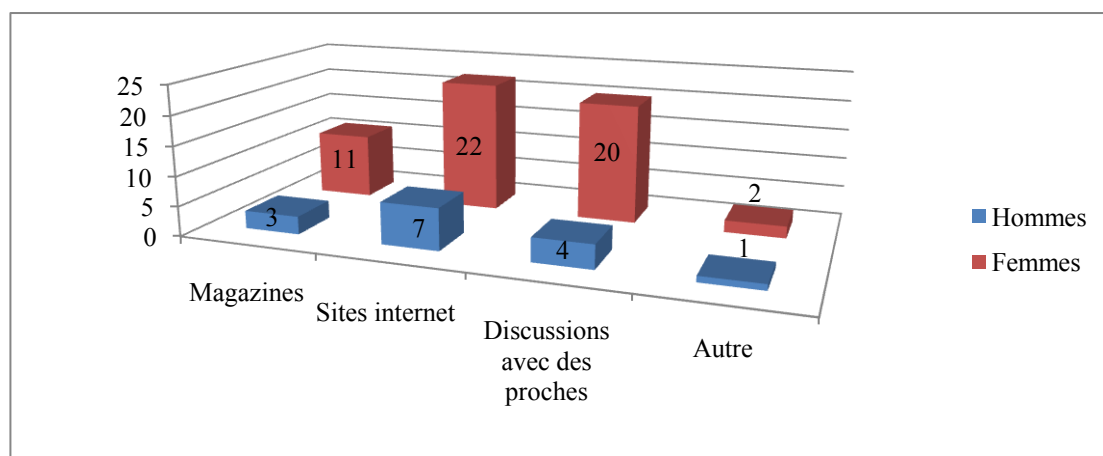
N=35 Réponses multiples possibles



▪ Les recherches personnelles

11% des hommes (N=12) et 39% des femmes (N=41) ont recherché des informations supplémentaires.

Graphique 17 : Répartition des sources utilisées pour les recherches personnelles en fonction du sexe :



▪ Les conseils et commentaires

J'ai demandé aux couples interrogés les conseils qu'ils donneraient à des nouveaux parents quant à la reprise des rapports sexuels après la naissance du premier enfant.

78% des femmes ont répondu à cette question. Elles ont indiqué 42 fois qu'il fallait que « le désir de la femme soit présent » et non pas « se forcer pour faire plaisir au conjoint ».

A 25 reprises, elles ont mentionné la communication et la douceur avec le conjoint. Les femmes ont cité 13 fois le fait qu'il ne fallait pas angoisser ni culpabiliser.

55% des hommes ont répondu à cette question. Ils ont cité à 37 reprises le fait qu'il faut « être patient » et « laisser le désir de la femme revenir ».

Etre à l'écoute de sa femme, être compréhensif et la rassurer a été évoqué 20 fois. La douceur et la tendresse ont été mentionnées 15 fois.

3 femmes ayant eu une épisiotomie ont ajouté en commentaires qu'elles se sentent « mutilées ».

5 femmes et 2 hommes ont ajouté en commentaires qu'il serait bénéfique de réaliser une brochure d'information, qui rassurerait et guiderait les couples.

Partie 3
Analyse
et
Discussion

Dans cette troisième partie, je vais analyser les résultats de l'étude afin de confirmer ou d'infirmer mes hypothèses. Je vais également dégager des propositions afin d'améliorer la prise en charge existante.

1. UNE SEXUALITE MODIFIEE DANS LE POST-PARTUM :

L'enquête met en évidence une modification de la sexualité pour les deux partenaires en post-partum.

Le délai moyen de reprise de la sexualité en post-partum est de 4 à 8 semaines. Pratiquement tous les couples ont repris une sexualité à 3 mois du post-partum (Graphique 1). Ces délais sont en accord avec les données de la littérature. Cette franchise de généralement un à deux mois prolonge celle pouvant s'être déjà instaurée les derniers mois de grossesse.

Le langage amoureux, fait de câlins et de tendresse, et la communication sont essentiels afin que le couple se redécouvre mutuellement. Ces éléments ont été cités de nombreuses fois comme « conseils » par les couples interrogés.

Les trois critères de qualité de la sexualité (désir, fréquence et satisfaction) sont altérés pour les deux membres du couple pendant le post-partum (Graphique 2).

Globalement, les critères de sexualité de la femme sont plus modifiés que les critères de sexualité de l'homme en post-partum, surtout le désir. Cette baisse de désir est retrouvée dans la littérature. Elle entraîne un besoin plus prononcé de tendresse et de douceur que de sexualité. Le nouveau-né est omniprésent et est au centre de toutes les préoccupations de la mère ne laissant que très peu de place à la sexualité. Cet état d'hypersensibilité de la mère aux messages du nouveau-né est fondamental pour le développement de l'enfant. Un laps de temps est nécessaire aux couples afin de s'adapter à cette nouvelle vie à trois.

De nombreuses femmes témoignent du fait que le désir doit être présent et qu'il ne faut pas se forcer à reprendre les rapports sexuels pour « faire plaisir au partenaire ». Ainsi, le désir lors du premier rapport sexuel a été mutuel pour la majorité des couples (6 couples sur 10).

Pour les autres couples, le désir venait plus de l'homme, la majorité des hommes trouvant leur femme séduisante dans le post-partum.

100% des femmes qui estiment que la reprise des rapports fait partie du devoir conjugal ont repris les rapports au moment de l'enquête. Cette notion de devoir conjugal renvoie à la crainte d'infidélité, poussant ces femmes à reprendre les rapports sexuels.

La diminution de la satisfaction lors des rapports est rapportée de manière équivalente par les deux partenaires qui constatent souvent une hyperlaxité vaginale et une lubrification vaginale moindre.

La fréquence est le critère le plus altéré après la naissance d'un enfant. Les deux partenaires remarquent cette altération. La diminution de la fréquence peut être expliquée par le changement du rythme de vie provoqué par la venue d'un enfant. Seulement la moitié des couples s'est bien adaptée à ce changement. La fatigue est présente chez de nombreuses femmes.

Une partie de la première hypothèse est vérifiée : la fréquence des rapports, le désir et la satisfaction sexuels sont diminués après la naissance du premier enfant.

2. IMPACTS DE DIFFERENTS FACTEURS SUR LA QUALITE DE LA SEXUALITE EN POST-PARTUM :

L'étude a permis de constater les impacts de différents facteurs sur la qualité de la sexualité en post-partum. Cependant, aucune généralité ne peut être certifiée, chaque couple vivant sa sexualité différemment.

2.1. L'histoire de la grossesse :

- Perturbations de la sexualité pendant la grossesse

La sexualité pendant la grossesse se trouve être le trait d'union entre la sexualité préconceptionnelle et la sexualité du post-partum. Les perturbations pendant la grossesse chez la femme sont plus médicales et physiologiques que psychologiques et sexuelles (Tableau 2).

Les pathologies de grossesse rencontrées dans l'étude et contre indiquant les rapports sexuels pendant la grossesse sont la menace d'accouchement prématuré, le décollement placentaire et les métrorragies. L'interdit médical a été posé pour les rapports sexuels pendant la grossesse, il semble donc légitime d'informer ces femmes que l'interdit est levé dans le post-partum.

La majorité des hommes ressent des craintes lors des rapports sexuels pendant la grossesse. Leur désir ne semble pas diminué, 70% des hommes trouvant leur femme désirable pendant la grossesse. Les perturbations se placent dans un registre plutôt psychologique pour l'homme (Tableau 3).

L'étude statistique ne permet pas de mettre en relation les perturbations de la sexualité pendant la grossesse et la qualité de celle-ci dans le post-partum par manque d'effectif. Une sexualité épanouie pendant la grossesse ne peut que rapprocher le couple afin de faire face aux bouleversements du post-partum.

- Grossesses non désirées

Le fait que la grossesse ait été non désirée n'a pas pu être identifié comme facteur influant sur la sexualité en post-partum, l'effectif des femmes ayant eu une grossesse non désirée n'étant pas suffisant. Ces femmes n'ayant pas eu de désir de grossesse sont moins préparées et n'ont pas « choisi » les changements provoqués par la venue de l'enfant.

2.2. L'accouchement :

- Mode d'accouchement

Le mode d'accouchement n'est pas prédictif de la qualité de la sexualité en post-partum, la répartition des effectifs selon le mode d'accouchement pour le désir et la satisfaction étant statistiquement semblable (Tableau 4). En accord avec la littérature, il n'est donc pas justifiable de pratiquer une césarienne afin de préserver la sexualité après la naissance de l'enfant.

Les voies basses instrumentales ne sont aucunement représentées dans les scores > 3 en ce qui concerne la fréquence. L'instrumentalisation de l'accouchement influe sur la fréquence des rapports sexuels en post-partum. Aucune relation ne peut être affirmée entre l'instrumentalisation de l'accouchement et la satisfaction sexuelle en post-partum.

▪ Vécu de l'accouchement

L'accouchement renvoie à la sexualité et à l'ordre du fantasme. Il peut être marquant voir ressenti comme violent et rester dans la mémoire de la femme comme un souvenir négatif. Les femmes ayant eu un vécu négatif (moyen ou mauvais) de l'accouchement ont moins repris les rapports sexuels au moment de l'étude que les femmes ayant eu un vécu meilleur. Ces femmes ayant un vécu négatif de l'accouchement sont deux fois moins représentées dans les scores ≤ 3 pour les trois critères de qualité de la sexualité que dans les scores > 3 (Tableau 6).

Des petits moyens peuvent être mis en place afin que les mères gardent le meilleur souvenir possible de leur accouchement. Respecter l'intimité de la femme en limitant le nombre de personnes présentes à l'accouchement et en la recouvrant d'un drap, dès que possible, est primordial.

Prendre en charge la douleur au mieux et donner des informations claires et éclairées tout au long du travail pourraient également être des solutions pour améliorer le vécu de l'accouchement.

La majorité des pères souhaite être présente en salle d'accouchement (92%). Ce choix doit être réfléchi, non influencé par les tendances et respecté par la conjointe. La quasi-totalité des femmes trouve la présence du conjoint rassurante. La majorité des pères présents à l'accouchement en garde un bon souvenir (82%). Cependant, pour 5% des pères présents, l'accouchement a été un moment traumatisant, la violence de l'acte et la vision des lésions périnéales étant la principale cause.

Pour le conjoint, lors de l'accouchement tout se passe au niveau de l'imaginaire, il serait donc important de limiter au maximum les perceptions néfastes (sang, lésions périnéales) auxquelles il pourrait être sensible.

2.3. L'état périnéal :

Toutes les femmes ayant conservé un périnée intact ont repris les rapports sexuels au moment de l'étude. L'étude ne permet pas d'affirmer de relation statistique entre la satisfaction sexuelle et l'état périnéal et entre le désir sexuel et l'état périnéal (tests du Chi-2 non significatifs). Cependant, l'état périnéal influe sur la fréquence des rapports sexuels en post-partum (test du Chi-2 égal à 0,08) (Tableau 5).

Lors d'un premier accouchement, les lésions périnéales sont fréquentes (80 femmes sur 89). Toutes blessures créent potentiellement une peur et une douleur. La femme peut entrer dans un cercle peur-tension-douleur. Les femmes ayant eu une épisiotomie peuvent se sentir « mutilées » comme l'affirment trois d'entre elles.

Lors du premier rapport sexuel après l'accouchement, les deux principales appréhensions des femmes sont la douleur et la désunion de la suture, les rendant plutôt anxieuses (Tableau 7).

La peur de la douleur a été citée plusieurs fois comme raison de non reprise des rapports sexuels. Cette anxiété se traduit par le fait que la moitié des hommes appréhendent le premier rapport sexuel après l'accouchement et surtout de faire mal à leur femme. Les hommes se montrent en conséquence souvent compréhensifs et doux.

Les réfections des sutures périnéales doivent être réalisées avec le plus grand soin en utilisant des fils de petite taille pour la peau afin de limiter les cicatrices inesthétiques et l'apparition de granulome cicatriciel, très dissuasif.

Le taux des épisiotomies devraient diminuer en ne laissant aucune place au systématisme. Faites confiance au périnée, il vous le rendra.

2.4. Le mode d'allaitement :

Les femmes pratiquant l'allaitement maternel ont moins repris les rapports que les femmes ne le pratiquant pas.

Les femmes pratiquant l'allaitement artificiel ont un désir plus conséquent (test Chi-2 égal à 0,016) (Graphique 3) et montrent un intérêt plus précoce pour la sexualité que les femmes pratiquant l'allaitement maternel.

L'allaitement maternel a d'ailleurs été cité plusieurs fois comme raison de non-reprise de la sexualité. Il empêche la survenue du retour de couches, augmente la sécheresse vaginale et diminue la libido.

La symbiose affective et corporelle se mettant en place lors d'un allaitement maternel laisse peu de place pour le père.

Ce territoire appartient au nouveau-né pour un temps.

Les hommes voient cependant d'un aspect positif l'allaitement maternel dans pratiquement tous les cas (98%).

2.5. Le post-partum :

▪ Contraception

La plupart des femmes ont une contraception dans le post-partum, le plus souvent une contraception hormonale orale de type micropilule. Ces femmes sous contraception n'ont pas toutes reçu d'informations sur la reprise de la sexualité.

La répartition des effectifs ne montre pas de relation entre le délai de reprise de la sexualité et la présence d'une contraception à la sortie de la maternité (Graphique 4). L'attente d'une contraception a été citée par un couple comme raison de non reprise de la sexualité. La prescription d'une contraception doit être proposée systématiquement à la visite de sortie de la maternité.

▪ Changement du rythme de vie

La plupart des couples ont ressenti un changement de rythme de vie mais moins de la moitié s'y est bien adaptée. L'équilibre du quotidien est bouleversé, il faut tout apprendre et surtout être à trois.

Les contraintes de la vie familiale apparaissent. Toute la vie du couple se reconstruit autour de l'enfant. Les soins du nouveau-né reviennent toutes les trois heures.

La fatigue peut s'accumuler, ce qui est le cas pour la moitié des femmes.

La fatigue est citée par 3 couples sur 4 n'ayant pas repris les rapports sexuels au moment de l'enquête, les femmes préférant se reposer que de s'investir dans les rapports sexuels.

Une aide de « décharge » de la vie quotidienne pourrait être faite comme cadeau de naissance, comme par exemple une journée de ménage, une journée de baby-sitting afin d'aider la maman à se reposer.

Certaines n'acceptent pas leur corps remodelé, doutant par conséquent de leur pouvoir de séduction. Pourtant la majorité des hommes trouvent leur femme séduisante dans le post-partum.

Il n'existe pas de relation statistique significative entre la présence ou non de troubles ressentis par la femme depuis l'accouchement et le délai de reprise de la sexualité (Graphique 5).

- Sorties de couple sans l'enfant

Un peu plus de la moitié des couples est déjà sortie sans leur enfant depuis sa naissance. La relation entre les sorties du couple sans leur enfant et le délai de reprise des rapports sexuels n'est pas démontrée dans l'étude (Graphique 6).

Les sorties sans l'enfant sont tout de même importantes pour la communication du langage amoureux et la séduction dans le couple.

La femme doit réaliser que des occupations autres que s'occuper à temps plein du nouveau-né peuvent la combler.

- Ressenti du rôle de mère et de femme

L'omniprésence de l'enfant limite les moments d'intimité du couple. Rien ne passe avant les pleurs de l'enfant.

La plupart des femmes (70%) occupe de manière égale le rôle de mère et de femme mais certaines d'entre elles se sentent plus mère que femme.

Il n'y a pas de relation entre le délai de reprise de la sexualité et le ressenti du rôle de la femme (Graphique 7).

- Lieu de couchage de l'enfant

Aucune relation statistique n'est retrouvée entre le délai de reprise de la sexualité et le lieu de couchage de l'enfant (Graphique 8).

Cependant, les couples ayant un enfant dormant dans sa propre chambre ont plus repris les rapports sexuels au moment de l'enquête (86%) que ceux ayant un enfant dormant dans la même chambre (78%).

La présence de l'enfant dans la même chambre que les parents peut les déranger dans le sens où il « assiste » aux rapports sexuels.

2.6. Le vécu du premier rapport sexuel après l'accouchement :

Le vécu des hommes et des femmes quant au premier rapport après la naissance du premier enfant est comparable. La plupart du temps, les deux partenaires sont à l'origine du premier rapport. La personne sollicitant le plus la reprise des rapports sexuels (homme, femme ou les deux) ne semble pas influencer le vécu du premier rapport sexuel (Graphique 9).

Lors du premier rapport, la femme a plutôt une attitude anxieuse.

Cette attitude peut être due aux appréhensions ressenties par la plupart des femmes qui sont la douleur et la désunion de la suture (respectivement 93% et 34% des femmes ayant des craintes) (Tableau 7).

La moitié des hommes appréhende le premier rapport sexuel en post-partum.

Pourtant ils se montrent souvent compréhensifs et doux, à l'écoute de leur femme, la principale crainte ressentie étant de leur faire mal.

La majorité des couples a repris des rapports sans pénétration avant les rapports avec pénétration.

Ceci peut constituer une manière de se retrouver, de se rassurer et de découvrir une sexualité différente.

Au final, les origines de la modification de la sexualité peuvent donc être nombreuses et variées : l'accouchement, l'état périnéal, l'allaitement maternel mais surtout une nouvelle vie à trois.

La première hypothèse est donc entièrement vérifiée : la fréquence des rapports, le désir et la satisfaction sexuels sont diminués après la naissance du premier enfant et ceci est dû à des facteurs divers et complexes.

3. L'INFORMATION EXISTANTE EST-ELLE EN ADEQUATION AVEC LA DEMANDE ?

3.1. Une information, pourquoi ?

Dans notre étude, une femme sur deux a eu l'occasion de parler de la sexualité du post-partum avec un professionnel de santé durant la totalité du suivi de la grossesse. Pourtant, 82% des femmes pensent qu'une information devrait être proposée par les professionnels de santé lors de la prise en charge d'une grossesse.

De plus, une femme sur deux aurait souhaité recevoir plus d'informations. L'information faite aux femmes par les professionnels de santé ne semble donc pas suffisante. Ce manquement est confirmé par le fait que 39% des femmes ont recherché des informations supplémentaires, surtout sur internet et lors de discussions avec des proches (Graphique 17). Un nombre conséquent de questions sont posées sur les forums Internet. Ces moyens de communication ne sont pas fiables et donc sources d'erreur créant des angoisses ou de fausses idées reçues.

Du côté des hommes, le besoin en information semble moins important avec 69% des hommes pensant qu'une information par les professionnels de santé quant à la reprise de la sexualité est nécessaire.

Bien que seulement 14% des hommes aient reçu une information de la part de ces professionnels, uniquement un homme sur trois aurait souhaité recevoir plus d'informations. Serait-ce parce qu'ils se confient moins aux professionnels de santé ? Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, il est cependant prépondérant d'inclure le conjoint lors de la dispense d'informations pendant le suivi de la grossesse afin qu'il trouve au mieux sa place de père.

La deuxième hypothèse est vérifiée : Les couples manquent d'information en ce qui concerne la reprise de la sexualité en post-partum.

Un vrai travail est à mener pour pouvoir pallier aux attentes des couples. Il est prépondérant de se demander à qui donner une information, à quel moment, par qui et surtout quelles informations donner et comment ?

3.2. Une information, pour qui ?

Comme nous venons de le voir, dans l'étude, la majorité des couples a besoin d'informations sur la reprise de la sexualité en post-partum. Il est légitime de se demander si tous les « profils » de couples ont été représentés dans l'étude. Les couples interrogés représentent toutes les catégories d'âge, d'origine, de niveau social, et de durée de vie de couple (Tableau 1). Ainsi, il est important d'informer systématiquement au moins une fois pendant le suivi, sans se limiter à une catégorie particulière de couples. L'information systématique permet à tous les couples de recevoir une information, y compris ceux n'osant pas la demander par manque de confiance, par gêne du groupe ou par impression de manque de temps accordé par les professionnels.

3.3. Une information, par qui ?

La grossesse suppose une sexualité et la sage-femme est le spécialiste de la grossesse. Il serait donc logique que la sage-femme aborde le thème de la sexualité avec les couples, les actions de prévention et d'éducation à la santé faisant parties de ses compétences. La sage-femme est le professionnel de santé donnant le plus d'informations dans la prise en charge actuelle. Elle participe à l'information donnée à 9 femmes sur 10 et à 100% des hommes (Graphique 11). La sage-femme est plus disponible que le médecin ce qui lui permet d'être davantage à l'écoute et d'accorder plus de temps aux couples afin d'aborder le thème de la sexualité en post-partum. La sage-femme est le professionnel que le couple voit le plus souvent pendant le suivi de la grossesse grâce à son champ de compétences élargi.

Parmi les femmes souhaitant recevoir plus d'informations, 8 femmes sur 10 veulent que ce soit la sage-femme qui les dispense (Graphique 13). La proposition actuelle et le souhait des femmes quant au professionnel dispensant les informations sont en adéquation. La sage-femme est la personne idéale pour donner des informations quant à la sexualité du post-partum. La sage-femme a un rôle d'accompagnement complet, alliant plan médical et plan psychologique, ce qui en fait la spécificité de son métier.

Les hommes ne semblent pas avoir de préférence quant au choix du professionnel de santé donnant les informations. La sage-femme, le médecin et la sage-femme ou le psychologue masculins conviennent aux hommes comme interlocuteur (Graphique 16)

La sage-femme joue donc un rôle primordial dans l'information des couples quant à la reprise de la sexualité après la naissance du premier enfant. Quelle formation en sexologie ont les sages-femmes ?

La formation initiale des sages-femmes est constituée d'un séminaire de sexologie de deux jours, réalisé en deuxième phase (4^{ème} ou 5^{ème} année) des études de sages-femmes depuis 2001. Avant 2001, la sexologie ne faisait pas partie du programme. Le nombre d'heures de cours consacré à la sexologie semble peu, comparé aux 5 années d'études de la formation. Cet enseignement pourrait être plus conséquent permettant d'aborder plus qu'une « culture générale » en matière de sexologie, la sexualité faisant partie intégrante du métier de sage-femme. La sage-femme a la possibilité de compléter sa formation initiale.

Il existe un Diplôme Universitaire (DU) en sexologie, ouvert aux sages-femmes, se déroulant à Paris et à Lyon et d'une durée de 3 ans. Les établissements de santé pourraient s'intéresser davantage à la formation en sexologie des sages-femmes en prenant en charge une partie des frais du diplôme universitaire.

D'après le code de la santé publique, le développement professionnel continu est obligatoire pour toutes les sages-femmes. Des formations continues d'une durée de quelques jours existent sur le thème de la sexualité au sein du métier de sage-femme. Les établissements de santé ayant l'obligation de s'assurer du développement professionnel continu de ses employés, pourraient plus promouvoir les formations complémentaires en sexologie des sages-femmes.

3.4. Une information, quand ?

▪ Pour les femmes

Les moments privilégiés par les professionnels pour parler de la sexualité du post-partum aux femmes sont les séances de préparation à la naissance et à la parentalité et la visite post-natale (2 femmes sur 3 ayant reçu une information) (Graphique 10). Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité permettent d'informer le couple sur les bouleversements engendrés par la venue d'un enfant. La reprise des rapports sexuels fait partie intégrante des changements du post-partum mais l'information est reçue tôt dans le suivi, la femme est-elle réceptive à ce moment là ? La visite post-natale permet de faire le point en ce qui concerne les éventuels problèmes rencontrés pendant la grossesse et le post-partum. Une information à ce moment n'est donc pas illogique.

Les professionnels ont également délivré les informations aux femmes en suites de couches et en rééducation périnéale. Aucun professionnel n'a informé de patientes en séances post-natales d'apprentissage à la parentalité.

Le souhait de la plupart des femmes serait de recevoir une information en suites de couches (choix de 6 femmes sur 10) (Graphique 12). La visite de sortie de maternité constitue un temps privilégié pour parler de la contraception et donc de sexualité. Parler de contraception implique de parler de sexualité, la contraception n'existant pas sans sexualité.

Les femmes sont plus réceptives au moment des suites de couches, l'information reçue concernant un avenir plutôt proche. L'entretien avec la sage-femme doit se faire dans une certaine intimité sans voisine de chambre. La présence ou non du mari est fonction du souhait de la femme, ce choix devant être respecté. Une partie de l'entretien de sortie peut être réalisée avec le mari et une partie sans, si l'on ressent une gêne chez la femme.

3 femmes sur 10 jugent que les séances de préparation à la naissance, la visite post-natale et la suture sont des moments appropriés pour parler de sexualité du post-partum. La suture reste un moment privilégié de découverte avec le nouveau-né qui ne saurait être perturbé par une information quant à la reprise de la sexualité.

La rééducation périnéale et les séances post-natales d'apprentissage à la parentalité sont les moments les moins sollicités par les femmes. Est-ce parce que les séances post-natales d'apprentissage à la parentalité ne sont ni connues, ni pratiquées ? Une solution serait de les développer.

▪ Pour les hommes

Les séances de préparation à la naissance semblent être le moment privilégié par les professionnels pour donner des informations au peu d'hommes ayant reçu une information (11 hommes sur 15) (Graphique 14).

La majorité des hommes n'est pas présente aux côtés de leur femme en séance de préparation à la naissance à cause de leur travail.

Certains ne viennent pas par timidité ou par minorité de présence d'hommes. Pour d'autres, les séances de préparation à la naissance ne les concernent pas et sont faites, dans leur esprit, pour que leur femme accouche « sans douleur ».

Le souhait des hommes et le choix des professionnels sont en adéquation en ce qui concerne le moment de l'information.

En effet, les hommes voulant recevoir plus d'informations le souhaitent en séances de préparation à la naissance classique à hauteur de 90% (Graphique 15).

Il est intéressant d'essayer de prévoir ces séances en accord avec les emplois du temps des pères afin qu'ils puissent être présents.

Les séances de préparation à la naissance entre hommes, c'est-à-dire animées par un sage-femme ou un psychologue masculins et composées seulement de futurs pères, sont intéressantes pour un homme sur 3.

Les futurs pères auraient un lieu pour se rencontrer et échanger leurs craintes.

Les hommes ne plébiscitent pas les services de suites de couches bien que ce soit le moment où ils sont le plus présents.

Les séances post-natales d'apprentissage à la parentalité méritent, pour les hommes comme pour les femmes, d'être développées.

3.5. Une information, comment ?

Une information doit être systématique. Si le patient pose des questions sur la reprise des rapports sexuels, le professionnel se doit de l'écouter et d'y répondre.

Il déroule la discussion avec des questions ouvertes et dans un langage approprié pour le couple.

Le professionnel doit dédramatiser, rassurer, expliquer. L'information se base sur du « counseling », c'est-à-dire une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face.

Lors de problèmes de sexualité après la naissance d'un enfant, les causes somatiques doivent être d'abord éliminées.

Il se pose ensuite la question du relationnel dans le couple qui doit être adressé au médecin sexologue mais aucune thérapie ne sera effectuée en post-partum.

Une solution que je proposerai est de distribuer une brochure d'information aux couples. Dans l'étude, 7 personnes ont ajouté en commentaires qu'il serait souhaitable d'en réaliser une. Je n'en ai vu aucune concernant la reprise de la sexualité en post-partum durant mes nombreux stages dans les différents secteurs.

Les brochures sont intéressantes car la sexualité reste un sujet difficile à aborder pour les couples. Ainsi, les couples n'osant pas aborder ce sujet seront tout de même informés.

Je vais donc en finalité de mon travail réaliser une brochure d'information pouvant être distribuée aux couples par les professionnels de santé, placée dans les salles d'attente des différents professionnels et dans les différents services d'obstétrique.

Cette brochure est en accord avec la loi HPST pour la coordination des actions de prévention et d'éducation de la santé sexuelle. Elle devra être attractive, lisible et répondre aux principales questions que se posent les couples afin de servir de document de référence. Vous trouverez cette brochure à la dernière page du mémoire.

3.6. Une information, quoi ?

Chaque couple vit sa sexualité différemment et il en est de même pour la sexualité du post-partum donc il n'existe pas d'information idéale. Néanmoins, les informations données aux femmes et aux hommes ont été utiles, respectivement, dans 81% et 100% des cas. Je vais donc essayer de dégager quelques pistes afin de donner des informations aux couples.

Les professionnels doivent informer de la possibilité de reprise de la sexualité dès que la patiente se sent prête car il n'existe pas de réelles contre-indications médicales. La femme doit cependant se sentir prête un peu comme une deuxième « première fois ». Elle ne doit pas se forcer par crainte d'infidélité. La femme a besoin d'affectif, de tendresse, de caresse durant le post-partum. La communication au sein du couple est primordiale.

Les professionnels doivent informer des changements transitoires du corps de la femme. Une information doit être faite sur le post-partum : soins de la cicatrice périnéale (nettoyage, non macération, chute des fils), durée des lochies, délai du retour de couches...

En suites de couches, avant la sortie de la patiente, des séances collectives d'informations en ce qui concerne le post-partum pourraient être réalisées. Tous les aspects du post-partum y seraient évoqués y compris la reprise de la sexualité.

La femme doit se familiariser avec son « nouveau » corps.

Elle peut, éventuellement, regarder son périnée dans un miroir afin de constater les changements.

S'il existe une gêne au niveau de la cicatrice, et si la femme se sent à l'aise avec son corps, elle peut réaliser des massages périnéaux après cicatrisation complète.

Une électrostimulation spécifique à la cicatrice, de 20-25 Hertz, existe afin d'éliminer une gêne durable.

En cas de baisse de la libido, de sécheresse vaginale, le professionnel doit rassurer et insister sur le fait que le post-partum est une période transitoire et que les petits soucis rencontrés se règlent en général après le retour de couches.

Un lubrifiant peut être utilisé ponctuellement en cas de sécheresse vaginale.

S'il existe des douleurs lors des rapports sexuels, le couple peut adapter les positions sexuelles.

Les positions dites « à l'envers » avec le bassin surélevé détendent le périnée. Les fausses inspirations aident à ouvrir le périnée.

La femme peut guider elle-même le rapport. Elle ne doit pas se laisser souffrir si une douleur persiste et en parler à un professionnel.

La rééducation périnéale est primordiale, qui plus est, s'il existe une diminution des sensations, une pesanteur, une incontinence urinaire ou des difficultés à retenir les gaz et les selles.

Elle commence après la visite post-natale, c'est-à-dire 6 semaines après l'accouchement.

10 séances sont en général nécessaires et sont remboursées.

Le professionnel peut combiner travail manuel, électrostimulation et biofeedback.

CONCLUSION

La naissance du premier enfant a un impact considérable sur la sexualité du couple en post-partum.

L'étude a confirmé une diminution de la qualité de la sexualité selon trois critères : la fréquence des rapports sexuels, le désir et la satisfaction sexuels.

Divers facteurs peuvent influencer sur les modifications de la sexualité mais aucune généralité ne peut être donnée du fait que chaque couple vit sa sexualité différemment.

Les nombreux bouleversements du post-partum nécessitent d'être connus par le couple afin de lui permettre de trouver un équilibre dans cette nouvelle vie à trois.

Or la question de la reprise de la sexualité en post-partum reste un sujet trop peu abordé avec les couples.

L'étude a mis en avant le besoin en information de ceux-ci. Informer systématiquement les couples quant aux changements pouvant être rencontrés, leur donnerait des repères rassurants.

La sage-femme tient une place prépondérante, plus que tout autre professionnel, dans la diffusion de ces informations.

La sexologie a donc toute sa place dans la pratique des sages-femmes. Il est donc indispensable de soutenir la formation initiale en sexologie et de développer la formation continue.

Il serait intéressant de prendre en compte, par l'intermédiaire d'une étude, l'avis des sages-femmes quant à leur formation en sexologie. Est-elle satisfaisante et suffisante ? Une formation plus appuyée ne peut que permettre aux sages-femmes de mieux accompagner les couples durant l'événement de la maternité.

En conclusion de cette étude, je propose une plaquette d'information destinée aux couples.

Cette plaquette permettra aux professionnels d'établir un dialogue avec les couples quant à la reprise de la sexualité en post-partum.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ABRAHAM. G, PASINI. W. Introduction à la sexologie médicale. Editions Payot. 1974. 388 pages. Pages 273-284.
- (2) AHLBORG. T, STRANDMARK. M. Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery : first-time parents' own views and coping strategies. Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology. 2006. 27(3) : 163-172.
- (3) ALDER. EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breastfeeding. Baillière's clinical obstetrics and gynaecology. 1989. 3(4) : 805-21.
- (4) Article 222-24 du Code pénal relatif au viol, version consolidée au 7 janvier 2011.
- (5) Article L312-16 du Code de l'éducation, loi du 4 juillet 2001, relatif à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.
- (6) BARRETT. G, PENDRY. E, PEACOCK. J, VICTOR. CR, THAKAR. R, MANYONDA. I. Women's sexual health after childbirth. British journal of obstetrics and gynaecology. 2000. 107(2) : 186-195.
- (7) BING. E, COLMAN. L. La femme enceinte et la sexualité. Editions de l'homme. 1978. 161 pages.
- (8) BRENOT. P. Histoire de la sexologie. Editions Esprit du temps. 2006. 61 pages.
- (9) BROWNS. LJ. Maternal health after childbirth : results of an Australian population based survey. British journal of obstetrics and gynaecology. 1998. 105-156.
- (10) CATHELAIN. A. Le concept de paternité, Aspect ethnologique. Les dossiers de l'obstétrique. 1990. 178 : 11-13.
- (11) CONNOLY. AM, THORP. J, PAHEL. L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function : a longitudinal prospective study. International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction. 2005. 16 : 263-267.
- (12) DE JUDICIBUS. MA, MCCABE. MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. The journal of the sex research. 2002. 39(2) : 94-103.

- (13) DEFFIEUX. X. Manuel pratique d'urogynécologie. Editions Elsevier Masson. 2011. 158 pages. Pages 64-68.
- (14) EISENBERG. J, DENIMAL. E, CHEBEL. M. Le livre des religions. First éditions. 2008. 1200 pages (réparties en 6 petits ouvrages).
- (15) FANELLO. S, PARAT-PATEU. V, DAGORNE. C, HITOTO. H, COLLET. J, ROUTIOT. T, BARON. C, FOURNIE. A. La contraception du post-partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Editions Masson. 2007. 36 (4) : 369-374.
- (16) FERRANT. N. Sexualité durant la grossesse et le post-partum. [http : //perinat28.com/documents /formations](http://perinat28.com/documents/formations). Consulté le 28/08/2011.
- (17) FLANDRIN. J-L. Un temps pour embrasser. Editions Seuil. 1983. 256 pages. Pages 72-82.
- (18) FREUD. S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Editions Puf. 2010. 160 pages.
- (19) GIAMI. A. Misère, répression et libération sexuelle. Mouvements. 2002. 20 : 23-29.
- (20) GLAZENER. CMA. Sexual function after childbirth : women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. British journal of obstetrics and gynaecology. 1997. 104 : 330-335.
- (21) GONDONNEAU. J. La sexualité de la femme enceinte. Editions Balland. 1973. 124 pages.
- (22) GRILLIOT. C. L'après grossesse : préoccupations physiques, sexuelles et émotives de la jeune mère. Editions Vecchi. 1985. 141 pages.
- (23) GRODDEK. G. L. Le livre du ça. Editions Gallimard. 2001. 326 pages.
- (24) [Http://fr.wikipedia.org/wiki/K%C3%A2mas%C3%BBtra](http://fr.wikipedia.org/wiki/K%C3%A2mas%C3%BBtra). Consulté le 19/09/11.
- (25) JACQUET. M, NOBECOURT. M. Une année dans la vie d'une femme. Editions Albin Michel. 1987. 564 pages.

- (26) KLEIN. K, WORDA. C, LEIPOLD. H, GRUBER.C, HUSSLEIN. P, WENZL. R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? Journal of women's health. 2009. 18(8).
- (27) LAAROUSSI-DEBRUYNE. T. Entre intégration et tradition. Les dossiers de l'obstétrique. 2008. 368 : 21-28.
- (28) LANGER. B, MINETTI. A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2006. 35 : 1s59-1s67.
- (29) LEROY. F. Histoire de naître, de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Editions De Boeck. 2002. 455 pages.
- (30) LOISEL. C. Importance de la réhabilitation de la sexualité dans le post-partum. Les dossiers de l'obstétrique. 1994. 214 : 23-26.
- (31) MARCOS-SIGAL. H. La signification du premier enfant. Editions Privat. 1984. 202 pages.
- (32) MASTERS. WH, JOHNSON. VB. Les réactions sexuelles. Editions Laffont. 1968. 280 pages.
- (33) MERGER. R, LEVY. J, MELCHIOR. J. Précis d'obstétrique. Edition Masson. 2001. 624 pages. Pages 159-162.
- (34) MESSAGER. C. Etre mère et rester femme, où quand Eros joue à cache-cache. Les dossiers de l'obstétrique. 1994. 214 : 27-30.
- (35) MIMOUN. I. L'obstétrique et la pédiatrie à travers la Bible et le Talmud. Thèse de médecine. Université de Marseille. 1987. 85 pages.
- (36) NAOURI. A. Le couple et l'enfant. Editions Odile Jacob. 1995. 211 pages.
- (37) National institutes of health. State-of-the-science conference statement on cesarean delivery on maternal request. Web site 2006.
- (38) PUJOLS. Y, MESTON. CM, SEAL. BN. The association between sexual satisfaction and body image in women. International society for sexual medicine. 2010. (7) : 905-916.

- (39) REICHENBACH. S, ALLA. F, LORSON. J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse : une étude pilote portant sur 72 hommes. *Sexologies*. 2001. 11(42).
- (40) ROGERS. RG, BORDERS. N, LEEMAN. LM, ALBERS. L. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *The American college of nurse-midwives*. 2009. 54 (2).
- (41) ROWLAND. M, FOXCROFT. L, HOPMAN. WM, PATEL. R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian family physician*. 2005. 51 : 1366-1367.
- (42) SIGNORELLO. LB, HARLOW. BL, CHEKOS. AK, REPKE. JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma : a retrospective cohort study of primiparous women. *American journal of obstetrics and gynaecology*. 2001. 184 : 881-890.
- (43) TRUDEL. G. Sexuality and Marital Life : Results of a Survey. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2002. 28 : 229-249.
- (44) VON SYDOW. K. Sexuality during pregnancy and after childbirth : a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999. 47(1) : 27-49.
- (45) WAYNBERG. J. Guide pratique de sexologie médicale. 1994. Editions Masson. 135 pages. Pages 51-56.
- (46) WAYNBERG. J, JARROUSSE. N. La sexualité. Editions Hachette. 1993. 419 pages. Pages 266-311.
- (47) WAYNBERG. J. Séminaire de sexologie à l'école de sages-femmes Pierre Morlanne de Metz. 2010.
- (48) World Health Organisation - convened international technical consultation on sexual health. 2002.

ANNEXE 1

Bonjour,

Je m'appelle JALABERT Amélie et je suis actuellement étudiante sage-femme. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un travail de recherche qui a pour thème la reprise des rapports sexuels après la naissance du premier enfant.

C'est pour cela que je sollicite votre aide en vous demandant de compléter ces questionnaires entièrement anonymes. Les résultats de mon enquête ont pour but d'améliorer la prise en charge des couples en ce qui concerne la sexualité.

Si vous acceptez de participer, ce questionnaire mobilisera environ 15 minutes de votre temps. Il y a un questionnaire pour vous et un pour votre conjoint. Si certaines questions vous dérangent, vous êtes libres de ne pas y répondre.

Vous pouvez selon votre préférence :

- soit me renvoyer par la poste les questionnaires complétés,
- soit me faire parvenir par E-mail les réponses aux questionnaires,
- soit déposer à Mme _____ les questionnaires dûment complétés lors de la prochaine séance de rééducation périnéale.

Je vous laisse mes coordonnées :

Mlle JALABERT Amélie

Adresse : 1, rue du ruisseau 57175 GANDRANGE

E-mail : Amelie.jalabert@live.fr

Téléphone : 06/70/50/70/11

Je reste à votre entière disposition pour plus d'informations.

Je vous remercie d'avance pour votre aide précieuse.

Date : _____

Questionnaire femme N° ____ (à ne pas remplir)

I.- Généralités :

1.- Quel est votre âge ?

-25 ans 25-30 ans 30-40 ans +40 ans

2.- Quel est votre niveau d'étude ?

Secondaire Niveau baccalauréat Enseignement supérieur

3.- D'où êtes-vous originaire ?

Europe du nord Afrique Asie

Europe du sud Amérique Autre (précisez) : _____

4.- Depuis combien de temps êtes-vous en couple avec votre conjoint ?

-2 ans 2-5 ans 5-10 ans +10 ans

II.- Grossesse :

1.- La grossesse est-elle un projet commun avec votre conjoint ?

Oui Non

2.- Avez-vous été hospitalisée pendant la grossesse ?

Oui Non

- Si oui, à quel terme de grossesse ? (en mois) _____

- Quelle était la durée de l'hospitalisation ? _____

- Quel était le motif de l'hospitalisation ? _____

3.- Vous sentiez-vous bien dans votre corps pendant la grossesse ?

Oui Non

- Si non, que ressentiez-vous ?

- Ceci a-t-il interféré sur votre sexualité pendant la grossesse ?

Pas du tout Un peu Beaucoup Tout au long de la grossesse

III.- Accouchement :

1.- Quelle est la date de naissance de votre enfant ? _____

2.- Quel a été le mode d'accouchement ?

Césarienne Voie basse normale

Voie basse instrumentale (ventouse ou forceps)

- Si l'accouchement a eu lieu par voie basse, y a-t-il eu :

Déchirure Episiotomie

2.- Quel souvenir gardez-vous de votre accouchement ?

Excellent Très Bon Bon

Assez bon Moyen Mauvais

3.- Votre conjoint était-il présent à l'accouchement ?

Oui Non

- Si oui, comment avez-vous vécu sa présence ?

Gênante Rassurante

Indifférente Autre (précisez) : _____

IV.- Post-partum :

1.- Quel mode d'allaitement avez-vous choisi ?

Allaitement maternel Allaitement artificiel

- Est-ce votre propre choix ?

Oui Non

- Si vous avez choisi l'allaitement maternel, allaitez-vous encore votre enfant ?

Oui Non

- Si non, au bout de combien de temps avez-vous arrêté ? _____

2.- Avez-vous une contraception à la sortie de la maternité ?

Oui Non

- Si oui, laquelle ?

Préservatifs Pilule

Autre (précisez) : _____

3.- Avez-vous une contraception depuis la visite médicale post-natale ?

Oui Non

- Si oui, laquelle ?

Préservatifs Pilule

Autre (précisez) : _____

4.- Depuis l'accouchement, comment vous sentez-vous dans votre corps ?

A l'aise Modifications corporelles dérangeantes

Fatiguée Autre (précisez) : _____

5.- Avez-vous repris les rapports sexuels depuis l'accouchement ?

Oui Non

- Si non, pourquoi ?

➤ Si vous n'avez pas eu de rapports sexuels depuis votre accouchement, passez au V.- La vie à trois.

➤ Si vous avez eu des rapports sexuels depuis votre accouchement, continuez le questionnaire.

6.- Combien de temps s'est-il écoulé entre la naissance de votre enfant et la reprise des rapports sexuels ?

0-4 semaines 4-8 semaines 8-12 semaines plus de 3 mois

7.- Y-a-t-il eu des rapports sexuels sans pénétration (de type préliminaire) avant la reprise des rapports sexuels avec pénétration ?

Oui Non

8.- Qui a sollicité en premier la reprise des rapports sexuels ?

Votre partenaire Vous Les deux

9.- La reprise de la sexualité fait-elle partie du « devoir conjugal » ?

Oui Non

10.- Avez-vous eu des craintes quant à la reprise des rapports ?

Oui Non

- Si oui, quelle(s) était(ent)-elle(s) ?

Désunion de la suture Avoir un sexe visuellement différent

Douleur Autre (précisez): _____

11.- Quelle a été l'attitude de votre partenaire pendant le premier rapport sexuel après l'accouchement ?

Compréhensif Semblable à avant la grossesse

Doux Autre (précisez) : _____

12.- Quel souvenir en gardez-vous ?

Excellent Très Bon Bon

Assez bon Moyen Mauvais

13.- Si l'on effectue une comparaison entre votre sexualité avant la grossesse et celle après l'accouchement, comment évaluez-vous votre sexualité après l'accouchement ? (0 étant la moins bonne note et 5 la meilleure)

- le désir : 0 1 2 3 4 5

- la fréquence : 0 1 2 3 4 5

- la satisfaction : 0 1 2 3 4 5

V.- La vie à trois :

1.- La naissance de votre enfant a-elle changé votre rythme de vie (durée de sommeil, heure des repas...) ?

Oui

Non

- Si oui, vous êtes vous bien adaptée au changement ?

Oui

Plutôt oui

Non

Plutôt non

2.- Où dort votre enfant ?

Dans la même chambre que votre conjoint et vous

Dans sa chambre

3.- Vous arrive-t-il de sortir en couple sans votre enfant (restaurants, balades, cinémas...) ?

Oui souvent Oui parfois

Au moins une fois Non jamais

4.- Vous sentez-vous davantage :

- La mère de votre enfant

- La femme de votre mari

- Les deux

VI.- Information :

1.- Avez-vous fait des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?

Oui Non

2.- Avez-vous reçu des informations de la part des professionnels de santé quant à la reprise des rapports sexuels après l'accouchement ?

Oui Non

- Si oui, quand ?

Séances de préparation à la naissance

Au moment de la suture après l'accouchement

En service de suites de couche (maternité)

Séances post-natales d'apprentissage à la parentalité

Visite post-natale

Rééducation périnéale

Autre (précisez): _____

- Si oui, par qui ?

Sage-femme

Médecin

Kinésithérapeute

Autre (précisez) : _____

- Si oui, les informations dispensées ont-elles été utiles ?

Oui Non

- Si oui, que vous a-t-on conseillé ?

3.- Auriez-vous souhaité recevoir plus d'informations de la part des professionnels de santé ?

Oui

Non

- Si oui, à quel moment ?

Séances de préparation à la naissance

Au moment de la suture après l'accouchement

Service de suites de couche (maternité)

Séances post-natales d'apprentissage à la parentalité

Visite post-natale

Rééducation périnéale

Autre (précisez) : _____

-Si oui, par qui ?

Sage-femme

Médecin

Kinésithérapeute

Autre (précisez) : _____

4.- Une information quant à la reprise de la sexualité devrait-elle être proposée lors de la prise en charge d'une grossesse par les professionnels de santé ?

Oui

Non

5.- Avez-vous recherché des informations supplémentaires quant à la reprise des rapports sexuels ?

Oui

Non

- Si oui, où ?

Dans les magazines

Sur des sites internet

Lors de discussions avec des proches

Autre (précisez) : _____

6.- Quels conseils donneriez-vous à une femme qui vient d'accoucher pour la première fois quant à la reprise des rapports sexuels après l'accouchement ?

7.- Avez-vous d'autres commentaires à faire sur ce sujet ?

Merci de votre participation.

ANNEXE 2

Date : _____

Questionnaire homme N° : ____ (à ne pas remplir)

I.- Généralités :

1.- Quel est votre âge ?

-25 ans 25-30 ans 30-40 ans +40 ans

2.- Quel est votre niveau d'étude ?

Secondaire Niveau baccalauréat Enseignement supérieur

3.- D'où êtes-vous originaire ?

Europe du nord Afrique Asie

Europe du sud Amérique Autre (précisez) : _____

II.- Grossesse :

1.- Pendant la grossesse, trouviez-vous votre femme désirable ?

Oui, toujours Oui, parfois Non, jamais

2.- Aviez-vous des craintes lors des rapports sexuels pendant la grossesse ?

Oui Non

- Si oui, lesquelles ?

Peur de toucher l'enfant Peur de faire mal à l'enfant

Peur de faire mal à votre femme Autre (précisez) : _____

- Si oui, ces craintes ont-elles interféré sur votre vie sexuelle pendant la grossesse ?

Pas du tout Un peu Beaucoup Tout au long de la grossesse

III.- Accouchement :

1.- Souhaitiez-vous être présent à l'accouchement ?

Oui Non

2.- Etiez-vous présent ?

Oui Non

- Si oui, où vous trouviez-vous ?

A côté de votre femme

A côté de la sage-femme

Autre (précisez) : _____

- Si oui, quel souvenir en gardez-vous ?

Bon Dérangeant

Traumatisant Autre (précisez) : _____

IV.- Post-partum :

1.- Votre femme allaite-t-elle votre enfant ?

Oui Non

- Si oui, vous trouvez cela :

Harmonieux Normal

Dérangeant Autre (précisez) : _____

2.- Comment trouvez-vous votre femme après la naissance de votre premier enfant ?

Séduisante Moins attirante

Différente physiquement Autre (précisez) : _____

3.- Avez-vous repris les rapports sexuels depuis l'accouchement ?

Oui Non

- Si non, pourquoi ?

- Si vous n'avez pas eu de rapports sexuels depuis l'accouchement de votre femme, passez au V.- La vie à trois.

- Si vous avez eu des rapports sexuels depuis l'accouchement de votre femme, continuez le questionnaire.

4.- Qui a sollicité en premier la reprise des rapports sexuels ?

Votre partenaire Vous Les deux

5.- Aviez-vous des appréhensions quant à la reprise des rapports sexuels ?

Oui Non

- Si oui, quelle(s) était(ent)-elle(s) ?

6.- Quelle a été l'attitude de votre partenaire ?

Détendue Semblable à avant la grossesse

Anxieuse Autre (précisez) : _____

7.- Quel souvenir gardez-vous du premier rapport sexuel après la naissance de votre enfant ?

Excellent Très Bon Bon

Assez bon Moyen Mauvais

8.- Si l'on effectue une comparaison entre votre sexualité avant la grossesse et celle après l'accouchement, comment évaluez-vous votre sexualité après l'accouchement ? (0 étant la moins bonne note et 5 la meilleure)

- le désir : 0 1 2 3 4 5

- la fréquence : 0 1 2 3 4 5

- la satisfaction : 0 1 2 3 4 5

V.- La vie à trois :

1.- La naissance de votre enfant a-elle changé votre rythme de vie (durée de sommeil, heure des repas...)?

Oui

Non

- Si oui, vous êtes vous bien adapté au changement ?

Oui

Plutôt oui

Non

Plutôt non

3.- Vous sentez-vous davantage :

- Le père de votre enfant

- Le mari de votre femme

- Les deux

VI.- Information :

1.- Avez-vous reçu des informations de la part des professionnels de santé quant à la reprise des rapports en post-partum ?

Oui

Non

- Si oui, quand ?

Séances de préparation à la naissance classique

Séances de préparation à la naissance entre hommes

En service de suites de couche (maternité)

Séances post-natales d'apprentissage à la parentalité

Au moment de la suture après l'accouchement

Autre (précisez): _____

- Si oui, par qui ?

Sage-femme

Sage-femme ou psychologue masculin

Médecin

Autre (précisez) : _____

- Si oui, les informations dispensées ont-elles été utiles ?

Oui

Non

- Si oui, que vous a-t-on conseillé ?

2.- Auriez-vous souhaité recevoir plus d'informations de la part des professionnels de santé ?

Oui Non

- Si oui, à quel moment ?

Séances de préparation à la naissance classique

Séances de préparation à la naissance entre hommes

Au moment de la suture après l'accouchement

Service de suites de couche (maternité)

Séances post-natales d'apprentissage à la parentalité

Autre (précisez) : _____

- Si oui, par qui ?

Sage-femme

Sage-femme ou psychologue masculin

Médecin

Autre (précisez) : _____

3.- Une information quant à la reprise de la sexualité devrait-elle être proposée lors de la prise en charge d'une grossesse par les professionnels de santé ?

Oui Non

4.- Avez-vous recherché des informations supplémentaires quant à la reprise des rapports sexuels ?

Oui Non

- Si oui, où ?

Dans les magazines

Sur des sites internet

Lors de discussions avec des proches

Autre (précisez) : _____

5.- Quels conseils donneriez-vous au mari d'une femme qui vient d'accoucher pour la première fois quant à la reprise des rapports sexuels ?

6.- Avez-vous d'autres commentaires à faire sur ce sujet ?

Merci de votre participation.

ANNEXE 3

Répartition des lieux d'études sur l'axe Metz-Thionville :



Cabinets de sages-femmes libérales et Hôpital Maternité de Metz : ▲

POINTS CLES

S'il existe des difficultés à la pénétration, vous pouvez, en attendant, partager une sexualité différente : massages, caresses, masturbation réciproque...

La compréhension, la communication et l'écoute au sein de votre couple sont indispensables.

N'hésitez pas à poser vos questions à votre sage-femme ou à votre gynécologue.

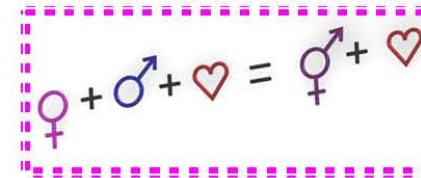
N'oubliez pas de faire une rééducation périnéale, de plus si vous observez une diminution des sensations lors des rapports sexuels ou des difficultés à retenir les urines ou les gaz.

Elle permet de tonifier les muscles qui ont été sollicités pendant la grossesse et l'accouchement.. Ces muscles jouent un rôle lors des rapports sexuels.

Copyright Amélie JALABERT 2012
Amelie.jalabert@live.fr

Crédits images : clipart

SEXUALITE & POST-



Bien vivre sa sexualité après
la naissance de son enfant

QUESTIONS/REPONSES



LE POST-PARTUM

- Qu'appelle-t-on « post-partum » ?

Une femme qui vient d'accoucher passe par un moment transitoire que l'on appelle le post-partum. Le corps de la femme se remet peu à peu de la grossesse et de l'accouchement.

Ce moment constitue les premiers pas dans la vie quotidienne avec bébé et est source de nombreuses adaptations.

- Combien de temps durent les saignements en post-partum ?

Les saignements durent 2 semaines après l'accouchement.

- S'il y a une suture au niveau du sexe, les fils tombent-ils tout seuls ?

OUI, les fils sont biodégradables et se détruisent en une dizaine de jours. Il suffit de bien nettoyer et sécher la suture.

LA REPRISE DES RAPPORTS SEXUELS

- Quand reprendre les rapports sexuels ?

La reprise des rapports sexuels est possible dès que vous en éprouvez le désir. Il n'existe pas de réelles contre-indications médicales.



- Est-ce normal de ne pas avoir de désir après la naissance de mon enfant ?

OUI, une femme qui vient d'accoucher vit de nombreux changements physiques et psychologiques qui influencent le désir de rapports sexuels. Cela dépend de chaque femme.

- Y-a-t-il un risque de grossesse lors de la reprise des rapports sexuels ?

OUI, un risque de grossesse est présent et ce, même avant le retour de couches (retour des règles). Votre sage-femme ou votre gynécologue peuvent vous prescrire une contraception dès la sortie de la maternité.

- Que faire en cas de petits soucis (sécheresse vaginale, douleur...) ?

Tout d'abord, il faut en parler avec son partenaire car la communication au sein du couple est primordiale. Si les soucis persistent, n'hésitez pas à consulter votre sage-femme ou votre gynécologue qui pourront vous aider à trouver des solutions.



RESUME

Devant les mesures insuffisantes et les carences de références en ce qui concerne le thème de la reprise de la sexualité après la naissance du premier enfant, j'ai décidé de m'intéresser à ce sujet.

En tant que sages-femmes ou futures sages-femmes, nous avons un rôle primordial d'information et d'accompagnement du couple. La sexualité faisant partie intégrante de la maternité, la sage-femme se doit d'informer le couple en ce qui concerne la reprise des rapports sexuels.

J'ai, en conséquence, étudié l'impact de la naissance du premier enfant sur la qualité de la sexualité du couple et le besoin en information en découlant, à travers une enquête réalisée en rééducation périnéale, concernant les deux membres du couple.

L'analyse des résultats est concluante : la fréquence des rapports sexuels, le désir et la satisfaction sexuels sont diminués après la naissance du premier enfant et ceci est dû à des facteurs divers et complexes. Les couples manquent d'informations quant à la reprise de la sexualité en post-partum.

J'ai élaboré une brochure d'information qui pourra servir de document de référence afin d'améliorer l'information des couples.