



HAL
open science

Sexualité du post-partum: être mère et rester femme...

Aline Floquet

► **To cite this version:**

Aline Floquet. Sexualité du post-partum: être mère et rester femme.... Médecine humaine et pathologie. 2003. hal-01894110

HAL Id: hal-01894110

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01894110>

Submitted on 12 Oct 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-theses-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>

ECOLE DE SAGES-FEMMES AFRUHINSHOLZ
NANCY

SEXUALITE DU POST-PARTUM

Etre mère, et rester femme...



*Mémoire présenté et soutenu par
Aline FLOQUET, née le 5 avril 1980
Promotion 1999 - 2003*

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce mémoire, et plus particulièrement :



- P. Andrès, pour son aide et ses conseils,
- ma mère, mon père pour leur aide précieuse, et tout le reste de ma famille,
- Fanou, mes amis pour leur présence et leur réconfort,
- mes amies de promotion que j'ai rencontrées voici déjà quatre ans... : Bibiche, mon "double", Lolotte et Sabrina, mes "collègues" de Guyane, mais aussi Katman, Caroline, Anne-So, Florence..., pour m'avoir supportée pendant si longtemps,
- Jean-Christophe, pour avoir été toujours là...

• REMERCIEMENTS	p 4
• SOMMAIRE	p. 6
• PREFACE	p. 8
• INTRODUCTION	p.10
• <u>PREMIERE PARTIE: GENERALITES</u>	p. 12
<u>Chapitre 1: La femme, en dehors de la grossesse</u>	p. 13
1. Anatomie féminine	p. 14
2. La sexualité féminine	p. 19
<u>Chapitre 2: Le post-partum</u>	p. 26
1. Physiopathologie	p. 27
2. Intéraction du post-partum sur la sexualité	p. 39
• <u>DEUXIEME PARTIE: ENQUETE SUR LA SEXUALITE</u>	p. 47
<u>Chapitre 1: L'enquête</u>	p. 48
1. La méthode	p. 49
2. Analyse des questionnaires	p. 52
<u>Chapitre 2: Les conclusions</u>	p. 70
• <u>TROISIEME PARTIE: VERS UNE PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE CHEZ LA FEMME ENCEINTE</u>	p. 72
<u>Chapitre 1: Rôle du personnel soignant dans la prévention</u>	p. 74
1. Prévention lors du suivi de la grossesse par la sage-femme	p. 75
2. Prévention lors de la visite post-natale par le gynécologue	p. 83
3. Dépistage des couples à risques	p. 84
<u>Chapitre 2: Les outils de prévention</u>	p. 86
1. Le dialogue	p. 87
2. La brochure	p. 89
<u>Chapitre 3: La place du sexologue</u>	p. 93
1. Les buts de la sexologie	p. 94
2. La sage-femme sexologue	p. 95
3. Quand consulter un sexologue?	p. 95
• CONCLUSION	p. 96
• BIBIOGRAPHIE	p. 98
• TABLE DES MATIERES	p.102
• ANNEXES	p.106



La quatrième année d'étude de sage-femme est constituée de deux grandes étapes à franchir. L'une d'entre elle est la réalisation d'un mémoire.

Me voilà donc à la recherche de souvenirs lors de mes précédents stages afin de trouver une situation à partir de laquelle je pourrai fonder mon mémoire...

Je me souviens alors de la visite avec la sage-femme en suites de couches, des nombreuses questions des femmes avant leur sortie. Une revient d'ailleurs, très régulièrement, notamment chez les primipares. Quand reprendre une activité sexuelle après l'accouchement ? Ce thème abordé entraîne une quantité d'autres interrogations, parfois angoissantes pour les femmes.

Ainsi dans le but d'aider les nouveaux parents à rester l'un pour l'autre partenaire, je décide de centrer mon mémoire sur la sexualité du post-partum.



Malgré la quasi omniprésence de la sexualité dans notre vie quotidienne, ce thème est encore peu abordé pour certaines étapes de la vie d'une femme. L'une d'entre elles concerne la période très particulière du post-partum. En effet celle-ci est marquée par de nombreux bouleversements aussi bien physiques, que psychologiques, que symboliques...; car le couple doit alors accueillir un nouveau membre dans leur relation intime, en l'occurrence leur enfant,.

C'est pourquoi, j'ai décidé de consacrer mon mémoire à la sexualité du post-partum, de manière à approfondir les possibles difficultés pouvant apparaître à ce moment-là.

L'accouchement peut-il entraîner des changements de l'activité sexuelle en période post-accouchement ? Les femmes rencontrent-elles des problèmes particuliers ? De quel ordre ? En outre j'aimerais faire le point sur l'information reçue par les femmes : est-elle satisfaisante ? suffisante ? Enfin, à quelle occasion le praticien leur a-t-il fourni ces renseignements ?

Nous aborderons donc d'abord des généralités sur la femme : son anatomie, sa sexualité, en dehors de toute grossesse, puis sur le post-partum afin de comprendre son retentissement sur la sexualité.

Ensuite, nous pourrions étudier les conclusions de l'enquête sur la sexualité du post-partum.

Enfin, nous évoquerons le rôle du personnel soignant aussi bien dans la prévention que dans le traitement des problèmes rencontrés par les femmes dans le post-partum.



CHAPITRE I :

La femme, en dehors de la grossesse

1 – ANATOMIE FEMININE

Il existe trois facteurs qui permettent l'établissement de l'identité sexuelle féminine : l'anatomie, c'est-à-dire les organes génitaux, les hormones, et l'environnement social, psychologique, familial...

Nous allons donc faire quelques rappels sur ces trois facteurs.

1.1 - Les organes génitaux externes

1.11 - La vulve

En position gynécologique, elle se présente comme une saillie verticale limitée en avant par le mont de Vénus et en arrière par l'anus.

Elle est composée elle-même de plusieurs organes :

- ✓ le mont de Vénus : il se compose d'une couche de cellules adipeuses en continuité avec celles de l'abdomen et celles des grandes lèvres. Il est couvert de poils.
- ✓ le clitoris : c'est un organe érectile. Il est formé par les corps caverneux et par des enveloppes. Le corps du clitoris se termine par le gland du clitoris.
- ✓ les lèvres :
 - les grandes lèvres : elles limitent la fente vulvaire. La face externe est recouverte de poils. La face interne est lisse, humide. Elles sont formées d'un revêtement cutané pourvu de fibres musculaires lisses.
 - les petites lèvres : elles limitent le vestibule. Les extrémités antérieures se dédoublent en deux replis secondaires afin de former le prépuce et le frein du clitoris. Les extrémités postérieures se réunissent pour former la fourchette vulvaire. Son excitation participe à l'excitation mécanique du clitoris.
- ✓ le vestibule
 - urétral : il présente un orifice urétral externe qui termine la colonne antérieure du vagin.
 - vaginal : il est séparé du vagin par l'introït vaginal qui est fermé par l'hymen chez la jeune fille vierge.

✓ les bulbes : ils sont au nombre de deux. Ce sont des formations érectiles situées de part et d'autre de l'orifice de l'urètre et du vagin.

✓ les glandes : il en existe trois:

- vestibulaires : elles sont sébacées et sudoripares. Elles sont situées à la surface externe des grandes lèvres.

- para-urétrales ou glandes de Skène.

- vestibulaires ou glandes de Bartholin .

Ces deux dernières sont lubrifiantes. Leur fonction est de lubrifier le vagin sous l'impulsion réflexe nerveuse déclenchée par le désir sexuel et l'acte lui-même.

1.12 - Les seins

Ils sont le symbole de la féminité, d'où leur surnom "d'organe noble". Ils sont aussi l'organe de la lactation. Ils sont constitués d'un ensemble de glandes et de canaux galactophores entourés d'un tissu conjonctif abondant.

1.2 - Les organes génitaux internes

Ils sont essentiellement destinés à la reproduction et sont situés dans la cavité pelvienne.

1.21 - L'utérus

Il est en rapport avec deux organes importants : en avant, la vessie ; en arrière, le rectum.

1.22 - Les annexes

✓ les trompes

✓ les ovaires

1.23 - Le vagin

Il équivaut à un conduit musculo-membraneux d'une longueur moyenne de 9 cm. Son calibre est quant à lui très variable en raison d'une grande compliance.

Il présente à sa surface des plis transversaux. Il est constitué d'un épithélium pavimenteux. Il est en rapport avec les mêmes organes que l'utérus.

1.3 - Les muscles

Le diaphragme musculaire pelvien ou périnée est formé de deux couches superposées de muscles :

- interne : elle est constituée par la portion élévatrice des releveurs de l'anus.
- extérieure : elle est constituée par la portion sphinctérienne des releveurs de l'anus et du muscle ischiococcygien.

1.31 - Les muscles érectiles

- ✓ le muscle ischiocaverneux : il enveloppe le corps du clitoris.
- ✓ le muscle bulbocaverneux : en arrière du vagin, il forme le noyau fibreux central du périnée, c'est-à-dire le croisement des fibres des muscles du périnée.

1.32 - Les releveurs d'anus

Ce muscle est plus profond et très essentiel car il participe à la formation du diaphragme pelvien.

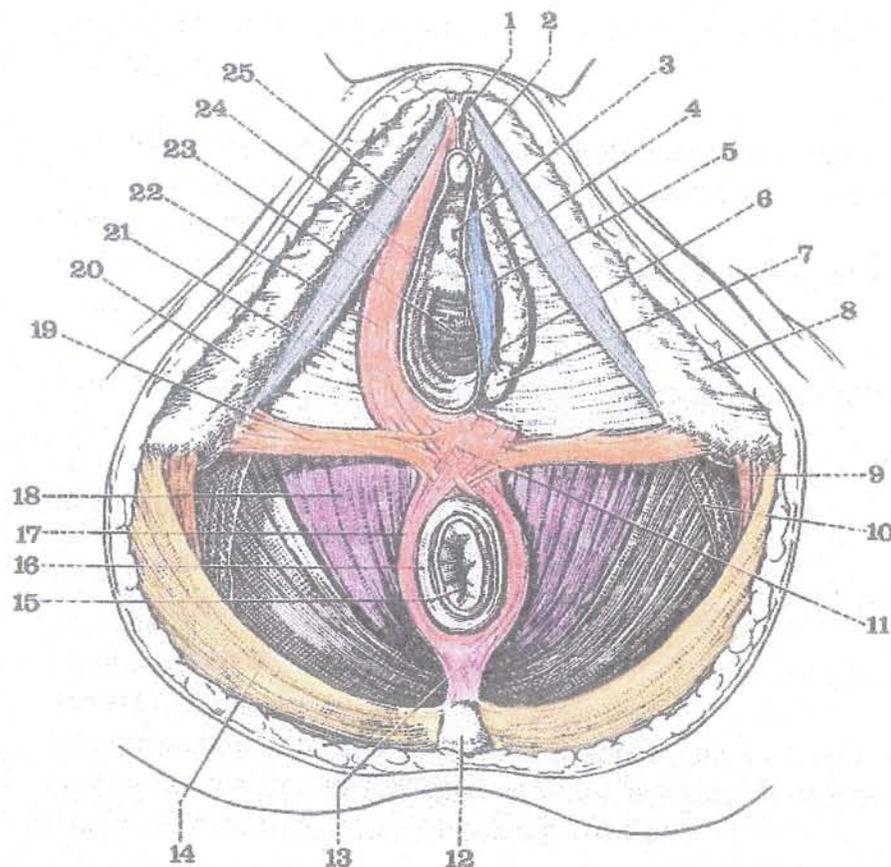
Ses fibres antérieures ont une fonction élévatrice. Par leur contraction elles relèvent le vagin et l'anus, et renforcent latéralement le vagin.

Ses fibres plus périphériques, les faisceaux pubiens, ischiatiques et iliaques, interviennent dans la fonction sphinctérienne de l'anus, mais aussi de l'urètre et du vagin.

Ce muscle participe de façon importante à la tension musculaire avant l'orgasme et en se contractant avec d'autres muscles lors de l'orgasme.

C'est également lui qui est beaucoup sollicité au moment de l'accouchement.

Les muscles superficiels du périnée chez la femme et le sphincter externe de l'anus (d'après Netter)



1. Ligament suspenseur du clitoris.
2. Clitoris.
3. Urètre.
4. Bulbe vestibulaire.
5. Muscle constricteur de la vulve.
6. Canal de la glande de Bartholin.
7. Glande de Bartholin.
8. Fascia de Colles.
9. Grand ligament sacro-sciatique.
10. Aponévrose de l'obturateur interne.
11. Noyau fibreux central du périnée.
12. Coccyx.
13. Raphé ano-coccygien.
14. Muscle grand fessier.
15. Canal anal.
16. Faisceau sous-cutané du sphincter externe.
17. Faisceau superficiel du sphincter externe.
18. Muscle releveur de l'anus.
19. Muscle transverse superficiel du périnée.
20. Branche ischio-pubienne.
21. Aponévrose périnéale moyenne.
22. Muscle bulbo-caverneux.
23. Cavité vaginale.
24. Orifice inférieur du vagin.
25. Muscle ischio-caverneux.

1.4 - La vascularisation et l'innervation

1.41 - La vascularisation

- ✓ de la vulve : sa vascularisation se sépare en deux territoires:
 - antérieur : il est essentiellement vascularisé par les artères honteuses externes supérieure et inférieure.
 - postérieur : quant à lui ce sont les branches de l'artère honteuse interne qui participent à sa vascularisation.
- ✓ des organes génitaux : il existe trois artères qui irriguent les organes.
 - l'artère ovarique : elle naît de l'aorte jusqu'au pôle distal de l'ovaire. Elle s'anastomose avec l'artère utérine.
 - l'artère utérine : c'est la principale artère de l'utérus. Elle naît de l'artère iliaque interne et s'anastomose avec l'artère ovarienne.

→ l'artère vaginale : elle naît de l'artère iliaque interne et se divise en deux rameaux destinés aux parois antérieures et postérieures vaginales.

Le retour veineux se fait par un plexus qui rejoint la veine cave.

1.42 - L'innervation

Elle est très importante car c'est elle qui sous-entend toute la physiologie sexuelle. En effet, elle permet et assure la sensibilité, la motricité ainsi que l'influence sur la vascularisation et donc les sécrétions, la congestion cutanée et des muqueuses. Elle s'effectue grâce à trois voies différentes:

- ✓ les voies afférentes sensitives et sensorielles : elles transmettent les excitations au système nerveux central. La sensibilité est assurée par des récepteurs extéroceptifs et proprioceptifs qui sont à la fois conscients et inconscients. Ces derniers sont présents dans tous les tissus et viscères. Les releveurs de l'anus en sont particulièrement riches. Ils sont ainsi à l'origine de la sensibilité à la pénétration et de la sensation de plénitude. Sur le plan sexuel, les récepteurs permettent la sensation de plaisir, de volupté.
- ✓ l'innervation somatique : les voies afférentes motrices permettent la transmission des ordres du cerveau. L'information passe dans la moelle épinière et les nerfs périphériques. L'un d'eux le nerf honteux est le principal nerf des organes génitaux. Il donne de nombreux rameaux : le nerf périnéal, le nerf dorsal du clitoris mais aussi le nerf élévateur de l'anus.
- ✓ l'innervation végétative ou autonome : les voies du système nerveux autonome, dont le fonctionnement est automatique, transmettent les commandes aux muscles lisses. Grâce aux plexus hypogastriques sympathique et parasympathique se règlent le flux sanguin, la contraction ou le relâchement des fibres musculaires lisses vaginales, vésicales, recto-anales et le fonctionnement glandulaire local.

Toutes les voies sensibles convergent vers le thalamus qui analyse et oriente toutes les excitations. Ce dernier présente des connexions avec l'hypothalamus, l'hypophyse et le cortex.

Ainsi, comme nous venons de le voir, tous les éléments de l'anatomie féminine vont jouer un rôle important lors du rapport sexuel.

2 – LA SEXUALITE FEMININE

Après avoir étudié l'anatomie de la femme, il est important de connaître le mécanisme de la sexualité féminine en dehors de toute grossesse. Cette étude sera donc une base pour la suite du mémoire.

2.1 - Les hormones

Les hormones ont un rôle de différenciation sexuelle au niveau des organes génitaux et des structures cérébrales.

L'hypophyse est le "chef d'orchestre" du fonctionnement hormonal. Elle transmet les ordres par l'hypothalamus aux différentes glandes sécrétrices telles la thyroïde, les surrénales, les ovaires...

2.11 - Les gonadotrophines

La FSH et la LH jouent un rôle sur le cycle menstruel. En effet, le pic de LH au treizième jour déclenche l'ovulation.

2.12 - Les œstrogènes

Ils sont sécrétés tout au long du cycle mais de manière plus importante en première partie. Ils permettent à la fois l'élasticité, l'humidité et la lubrification vaginale lors de l'acte sexuel.

Ils jouent également un rôle sur l'état de la glaire, c'est-à-dire sa quantité et sa qualité.

2.13 - La progestérone

Elle est sécrétée en deuxième partie de cycle. Elle est propice à la libido en sensibilisant certaines parties du corps.

2.14 - La prolactine

Pendant la grossesse, son rôle est le développement des canaux galactophores, ainsi que le développement des alvéoles et des lobules. Elle permet également l'inhibition de l'ovulation.

2.2 - L'acte sexuel

En 1966, Masters et Johnson⁽¹⁾ ont défini quatre phases de la physiologie du plaisir. Elles sont appelées "cycle des réactions sexuelles" et se divisent ainsi : phases d'excitation, de plateau, d'orgasme et de résolution.

2.21 - La phase d'excitation

Elle comporte des manifestations vasculaires et musculaires. On observe au niveau :

- ✓ des seins : une érection inconstante du mamelon ainsi qu'une augmentation de volume.
- ✓ de la vulve : une augmentation de volume du clitoris et des petites lèvres par afflux sanguin.
 - le gland du clitoris se rétracte sous son capuchon,
 - le clitoris se congestionne et agrandit sa tige,
 - les grandes lèvres sont plus gonflées et changent de couleur pour devenir rouge. Elles s'éloignent de l'orifice vulvaire.
- ✓ du vagin et de l'utérus : une lubrification, une distension des parois, un allongement ainsi qu'un assombrissement de sa couleur, une ascension et un évasement des 2/3 supérieurs du vagin qui se ballonne simultanément à l'ascension de l'utérus.

Cette phase est donc essentiellement une phase congestive et de lubrification vaginale par transsudation.

Ce phénomène est sous influence du relâchement des muqueuses qui libèrent alors une sécrétion. Il est placé sous dépendance du cerveau.

- ✓ des muscles : une hypertonie de tous les muscles du périnée ainsi que de manière inconstante des muscles voisins extragénitaux. Les contractions musculaires entraînent un spasme veineux empêchant le retour veineux.
- ✓ des vaisseaux : une dilatation avec un accroissement sensible du flux sanguin de tous les vaisseaux surtout ceux de la zone génitale.

Une augmentation de la fréquence cardiaque est également observée.

⁽¹⁾ Guide pratique de la vie du couple ,Dr D.ELIA / Dr J. WAYNBERG , Edition Masson,p23-24

2.22 - La phase du plateau

On observe au niveau :

- ✓ des seins : une augmentation du diamètre et un assombrissement des aréoles, ainsi qu'une rougeur cutanée.
- ✓ de la vulve :
 - un raccourcissement de la tige du clitoris et le retrait du gland sous le capuchon,
 - un engorgement sanguin des grandes lèvres,
 - une coloration rouge sombre des petites lèvres,
 - une sécrétion des glandes de Bartholin.
- ✓ du vagin : un resserrement du premier tiers du vagin ainsi que l'aboutissement de l'allongement et de l'élargissement vaginaux.
- ✓ de l'utérus : une élévation complète et la formation du lac séminal.
- ✓ mais aussi une augmentation de la fréquence cardiaque, de la respiration, de la tension musculaire, accompagnées de rougeurs situées sur le cou, la poitrine, le ventre.

2.23 - La phase orgasmique

L'orgasme arrive au terme de cette excitation.

On pourrait décrire deux types d'orgasmes :

- ✓ superficiel : il apparaît suite à une stimulation des zones érogènes extragénitales.
- ✓ profond : il se constitue de contractions régulières du vagin. On peut aussi noter des spasmes ou des tremblements du corps entier. Une augmentation de volume de l'utérus ainsi qu'un agrandissement de l'orifice du col sont alors observés.

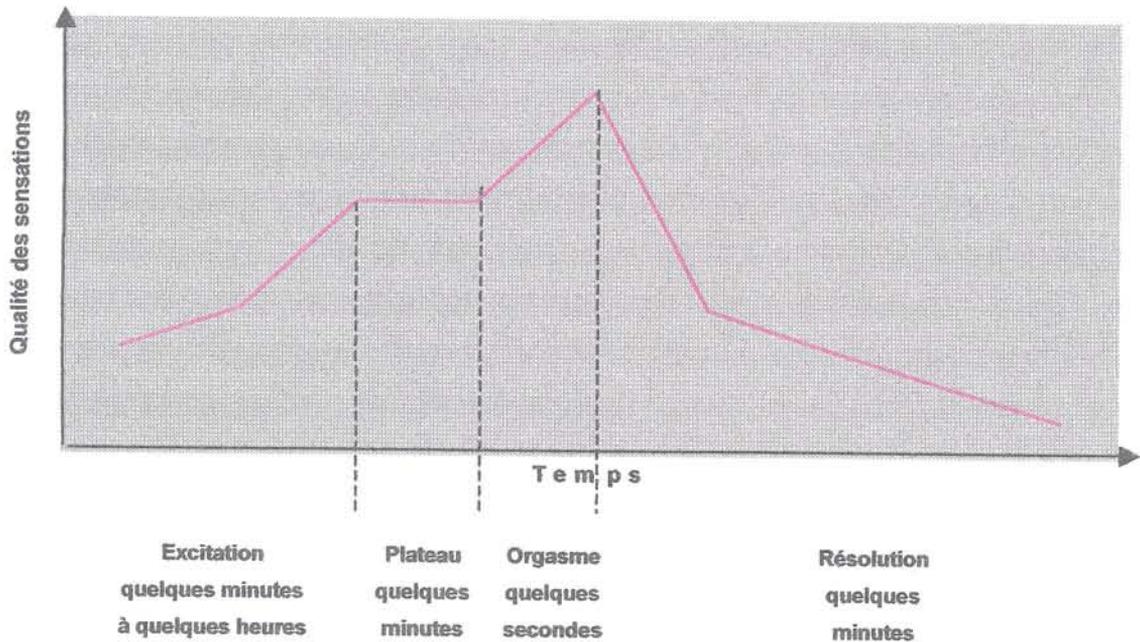
2.24 - La phase de résolution

On observe au niveau :

- ✓ des seins : une involution de l'érection des mamelons, du diamètre et de la couleur des aréoles, du volume des seins.
- ✓ de la vulve : une détumescence et une disparition de la vasocongestion du clitoris. Les grandes lèvres et les bulbes restent plus longtemps gonflées.
- ✓ du vagin : une détumescence et une disparition de la vasocongestion.
- ✓ de l'utérus : un retour à la position normale et une descente du col dans le lac séminal.

- ✓ des muscles : un relâchement musculaire qui permet à nouveau le retour veineux.
- ✓ Un retour à la normale de la respiration, de la fréquence cardiaque et de la coloration de la peau est également observé. On peut aussi voir apparaître une légère sudation.

Les réponses corporelles s'organisent en quatre phases :



2.3 - Le désir et le plaisir

2.31 - Quelques rappels

- ✓ la sexualité est une fonction. Elle s'apparente à toutes les autres fonctions de l'organisme. Mais elle est d'une vulnérabilité extraordinaire. En effet, à la première secousse dans un couple, elle se répercute sur la sexualité.

En 1956, Kinsey⁽¹⁾ fait d'ailleurs passer un message : le comportement sexuel obéit à des lois biologiques, sociales... Celui-ci sera compris bien plus tard.

⁽¹⁾ Guide pratique de la vie du couple, Dr D. ELIA / Dr J. WAYNBERG, Edition Masson, p23.

- ✓ l'érotisme : il fait appel à l'imagination, à l'émotion. C'est en quelque sorte le libre jeu de la séduction, l'art d'idéaliser tout ce qui est utile à la procréation Il utilise à part entière les cinq sens : le regard, l'odorat, le toucher, l'ouïe et le goût.

Ainsi, la base de la sexualité selon J.Waynberg ⁽¹⁾ est : "il n'y a pas d'érotisme sans sexualité mais la sexualité n'est pas érotique".

2.32 - Le désir

Il est à la base de toute sexualité. Il est lié à l'existence d'un partenaire mais le désir de plaisir sexuel pour soi doit exister avant le désir pour l'autre. Le désir et donc ensuite le plaisir sexuel sont fonction de plusieurs facteurs qui sont au nombre de trois.

- ✓ les composantes du désir sont

→ la physiologie sexuelle : le désir est sous influence hormonale. Chez la femme, il s'agit des androgènes.

→ la dynamique psychosexuelle de la personne : celle-ci est composée par la possibilité d'expression de désir sexuel et d'abandon au plaisir érotique. Pour cela, la femme doit valoriser son image sexuelle féminine, être autonome, avoir confiance en elle, et posséder la capacité à s'affirmer en tant que personne érotique.

→ la composante relationnelle : la vie de couple présente à ce moment-là ainsi que son environnement aussi bien social, que professionnel, familial, culturel, éducationnel... jouent un rôle important dans la sexualité.

- ✓ le mécanisme de l'action : la psychophysiologie du désir se divise en trois mécanismes :

→ l'approche neurophysiologique : le désir sexuel dépend d'un travail d'intégration hypothalamique et mésencéphalique.

En effet, un signal érotique endo ou exo-gène déclenche un mécanisme d'éveil.

De plus, un état de motivation sexuelle équivaut à la somme de la disponibilité d'une pulsion innée, instinctive et de son adaptation aux facteurs déclenchants. Ainsi, le besoin passe par la mémoire.

- la modulation neuroendocrinienne : l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique est immédiate. Elle obéit à la régulation permanente de neurotransmetteurs.
- la psychogénèse : l'identification psychique du désir sexuel émerge au niveau cortical.

2.33 - Le plaisir

D'après C. Cabanis ⁽¹⁾, le plaisir sexuel est "la capacité à ressentir des états de jouissances érotiques lors de l'excitation sexuelle et de l'orgasme".

La recherche du plaisir émane de l'érotisation. Cette démarche est saine pour le corps et l'esprit.

Les conditions de réussite psychologique pour atteindre cette recherche de plaisir dépendent de plusieurs paramètres, tels que :

- l'absence de stress,
- avoir un endroit pour "réaliser" l'acte sexuel,
- "posséder" une vie privée respectée par les autres.

Le plaisir est constitué de l'excitation et de l'orgasme.

- ✓ l'excitation : de plus, la capacité d'avoir du plaisir nécessite la capacité de percevoir son corps (notamment les organes génitaux comme organes sexuels), de vivre la pénétration comme élément de rencontre sexuelle et enfin d'érotiser le vagin par l'excitation sexuelle et les fantasmes.

Plusieurs sources d'excitation physiologiques amène la femme à l'orgasme. Mais, elles doivent être accompagnées à la fois d'une excitation corporelle, aussi bien vulvaire, vaginale, périnéale, que des zones érogènes..., et d'une stimulation psychique.

- ✓ l'orgasme : ainsi le plaisir amène à l'orgasme par un procédé graduel, progressif dans l'intensité et dans le temps:
 - la disponibilité érotique
 - le désir sexuel
 - l'excitation corporelle
 - l'utilisation de l'imaginaire
 - l'abandon corporel et psychique

⁽¹⁾ Revue française de gynécologie et d'obstétrique, n°2, avril 1999, p.120.

L'orgasme féminin peut être interprété comme "une crise" cérébrale ou une véritable embardée dans l'émission d'influx nerveux, perçue agréablement parce qu'elle diffuse largement dans le cerveau. Elle est provoquée par une surcharge de sensations mentales et / ou physiques. Ainsi l'origine génitale des stimulations adéquates n'est pas indispensable chez la femme.

2.34 - Les zones érogènes :

Il en existe deux types:

- ✓ primaires : ce sont l'endroit où se libère l'orgasme. Il en existe deux chez la femme : le gland du clitoris et le canal vaginal.

Ainsi la physiologie érogène féminine est bifocale. Ces deux zones fonctionnent en synergie avec un orgasme ressenti différemment (d'où l'ancienne notion d'orgasme clitoridien et d'orgasme vaginal).

- ✓ secondaires : la sollicitation de cette zone a un effet immédiat d'excitation. Tout le corps peut être zone érogène. Les principales zones sont le visage, les seins, les cuisses...

Mais il faut savoir que cette classification a peu de signification chez la femme, car elle possède la capacité d'avoir un orgasme à partir de n'importe quelle zone du corps.

Nous pouvons donc admettre que la plastique corporelle joue un rôle important dans la sexualité d'un couple. C'est pourquoi la femme, plus que l'homme, reste soucieuse de son image corporelle, consciente que sa vie sexuelle et affective dépend en grande partie du regard que son partenaire porte sur son corps. Celui-ci est une fonction érogène évidente : la féminité ne se bâtit qu'à partir du regard de l'homme.

CHAPITRE II :

Le post-partum

1 – PHYSIOPATHOLOGIE

L'acte sexuel, comme nous venons de le voir, met en œuvre différents organes et ressorts psychologiques dont dépendent l'harmonie sexuelle du couple. En outre, la grossesse de même que l'accouchement requièrent beaucoup d'énergie. L'énergie sexuelle de vie qui englobe nos désirs, nos pulsions ainsi que tout le reste, est donc totalement bouleversée après un accouchement.

Le post-partum est la période où se déroulent deux principaux phénomènes : l'involution des organes génitaux et l'établissement de la lactation. De plus, c'est le temps où doit se réparer le corps qui a subi une véritable révolution lors de l'accouchement.

1.1 - Modifications anatomiques

1.11 - Modification physiologiques :

- ✓ l'utérus : l'involution utérine est d'abord rapide les quinze premiers jours, puis plus lente, pour être totale aux environs de deux mois après l'accouchement. A ce moment-là, l'utérus retrouve sa place initiale : derrière la symphyse pubienne.

Cette involution peut entraîner des contractions douloureuses appelées "tranchées" qui durent quelques jours après l'accouchement. Elles sont anarchiques en cas d'allaitement artificiel et rythmées par les tétées en cas d'allaitement maternel.

- ✓ l'endomètre : son évolution s'effectue en quatre phases : la régression, la cicatrisation, la prolifération (sous la stimulation oestrogénique) puis l'ovulation. Cette dernière étape indique la reprise du cycle menstruel.

Il faut également noter que l'endomètre ne répond aux stimulations hormonales, notamment oestrogéniques, qu' environ un mois après l'accouchement, en cas d'allaitement maternel.

- ✓ le col : il est flasque et béant après l'accouchement, puis redevient tonique afin d'être fermé à l'orifice externe autour d'une vingtaine de jours, tout en restant toujours déhiscent.

- ✓ les annexes : on observe une rétraction du ligament large, du ligament rond, ainsi que des trompes.
- ✓ le vagin : il présente une hyperlaxité due au passage du mobile fœtal dans la filière pelvienne. Il est ainsi distendu et élargi.

Sa muqueuse est atrophiée. Même en cas de césarienne, elle présente une inflammation résiduelle. Son aspect est pâle et fragile. Cette atrophie régresse sous imprégnation oestrogénique mais elle est retardée en cas d'allaitement maternel. Ceci entraîne alors des modifications de trophicité et de la lubrification vaginales.

On observe une cicatrisation spontanée des lésions plus profondes ou étendues, mais ceci au dépend de la souplesse et de l'eupareunie vaginale.

En outre, des déchirures dans les vaisseaux sanguins qui alimentent le vagin entraînent une diminution de la congestion vasculaire. Or cette dernière permet une réaction physiologique à la stimulation sexuelle ainsi que la lubrification vaginale.

Enfin, un léger colpocèle peut être également remarqué les premiers jours qui suivent l'accouchement.

- ✓ la vulve : une béance peut être observée les premiers jours mais la reprise de l'aspect vulvaire normal est rapide. De plus, il est également possible qu'il existe un oedème des lèvres qui disparaît en peu de temps.
- ✓ le périnée : les faisceaux superficiels et profonds présentent une perturbation de leur tonicité due à l'accouchement. En effet, les releveurs de l'anus sont beaucoup moins toniques qu'auparavant: après un accouchement par voie basse ils perdent jusqu'à 50% de leur force musculaire. De plus, la laxité ligamentaire et musculaire causée par les hormones de la grossesse perdure encore 3 à 5 mois. Ainsi, tout l'équilibre du diaphragme pelvien est modifié.

La reprise du tonus musculaire du périnée se fait en fonction de la qualité de l'accouchement, mais aussi de la réalisation ou non d'une épisiotomie, et de la réparation correcte des lésions.

Il existe également une modification de la sensibilité périnéovaginale.

Enfin, on peut observer des oedèmes et/ou des hématomes périnéaux.

- ✓ les lochies : leur aspect et leur abondance évoluent avec le temps. Les premiers jours, elles sont sanglantes et assez abondantes, puis elles deviennent sérosanglantes et diminuent pour disparaître quinze jours à trois semaines après l'accouchement.

Le retour de couches, quant à lui, a lieu environ deux mois après l'accouchement en cas d'allaitement artificiel, et plus tard (environ quatre mois) en cas d'allaitement maternel.

1.12 - Modifications provoquées par l'accouchement :

Il est important de rappeler que tout traumatisme obstétrical a des conséquences immédiates, comme la diminution des forces contractiles musculaires et les déchirures, mais aussi à plus long terme, telles le prolapsus ou l'incontinence urinaire d'effort. Il est donc nécessaire d'être le moins invasif possible lors d'un accouchement.

- ✓ l'épisiotomie : elle est réalisée par la sage-femme ou le médecin qui pratique l'accouchement, soit systématiquement, soit uniquement dans certains cas (macrosomie, primiparité...) selon les équipes.

Elle peut être de trois types : médiane, médiolatérale ou latérale.

Sa cicatrisation est souvent douloureuse, ou dans les meilleurs cas sensible. La cicatrice peut s'infecter, ou être le siège d'œdèmes et / ou d'hématomes.

Son but est d'éviter les délabrements musculaires et périnéaux pourvoyeurs par la suite de prolapsus. Toutefois sa réalisation reste contestable.

- ✓ les déchirures du périnée : elles peuvent apparaître avec ou sans épisiotomie. Elles sont classifiées selon leur importance:

→ incomplète : il existe alors une lésion du muscle superficiel du périnée, de la muqueuse vaginale et de la peau anovulvaire. Elle est sans gravité. On obtient une bonne cicatrisation.

→ complète ou périnée complet : il existe dans ce cas les lésions décrites ci-dessus et du muscle sphinctérien externe.

→ complète, compliquée ou périnée complet compliqué : on observe les lésions d'une déchirure compliquée associées à l'atteinte de la muqueuse anale.

- ✓ les déchirures vulvaires : les petites lèvres et/ou le clitoris peuvent se distendre au point de se déchirer lors du passage du nouveau né. Elles sont bénignes, mais parfois douloureuses les premiers jours.

- ✓ les déchirures vaginales :
 - hautes : elles sont rares mais graves, car elles sont souvent associées à une lésion du segment inférieur.
 - de la partie moyenne : on les observe souvent dans un contexte d'accouchement difficile ou de macrosomie.
 - basses : elles sont totalement bénignes.
- ✓ les déchirures du col : elles peuvent être sus ou sous vaginales. Bien suturées, elles n'ont aucune conséquence au niveau sexuel.
- ✓ la cicatrice de césarienne : aujourd'hui elle est le plus souvent transversale sus-pubienne, ce qui entraîne une hypotonie des muscles droits abdominaux ainsi qu'un phénomène d'hypoesthésie sous ombilical. Ces phénomènes régressent avec le temps. La cicatrice en elle-même est source de douleur importante.
- ✓ la modification de la position du coccyx : l'accouchement d'un gros bébé peut entraîner un déplacement du coccyx. La douleur est alors intense.

Ainsi, la région périnéale et abdominale perd tout son caractère érogène et devient sensible voire intouchable. Cet état est transitoire, mais peut parfois durer. A cela s'ajoute également des transformations hormonales.

1.2 - Modifications hormonales

1.21 - Les oestrogènes :

Leur taux diminue les premiers jours jusqu'à disparaître au bout d'une semaine. Cet état entraîne une sécheresse et une rigidité vaginale.

Aux environs d'un mois après l'accouchement, sous l'influence de la FSH leur taux augmente à nouveau.

1.22 - La progestérone :

Son taux diminue pendant les dix premiers jours jusqu'à sa disparition. Or elle possède un effet antidépresseur et anxiolytique qui agit sur le cerveau. Cette situation entraîne une diminution de la libido.

Elle réapparaît après la première ovulation (le plus tôt possible étant environ quarante jours).

1.23 - Les gonatrophines :

Leur taux est bas.

On note une réapparition de sécrétion de FSH environ vingt-cinq jours après l'accouchement, et un pic de LH quarante jours provoquant la première ovulation.

1.24 - La prolactine :

Son taux est très augmenté pendant la grossesse. Celui-ci augmente juste après l'accouchement, puis diminue environ quinze jours après (même en cas d'allaitement maternel).

- ✓ en cas d'allaitement artificiel : le taux revient rapidement à la normale. Par ailleurs, la prise de Parlodel possède de nombreux effets secondaires : nausées, vertiges, maux de tête, malaise général...
- ✓ en cas d'allaitement maternel : la succion induit un pic dont l'amplitude va en diminuant, jusqu'à ce que l'allaitement soit totalement indépendant de la sécrétion de la prolactine, au bout de quelques semaines.

L'hyperprolactinémie inhibe la sécrétion des gonadotrophines sexuelles d'origine hypophysaire, ce qui entraîne une pseudoménopause avec diminution du désir, atrophie vulvovaginale, absence de lubrification vaginale, ainsi que des seins gonflés de lait. Ce déséquilibre hormonal est de courte durée.

1.25 - L'ocytocine :

Elle permet l'éjection du lait.

Comme nous venons de le voir, l'accouchement entraîne de nombreux bouleversements aussi bien anatomiques qu'hormonaux. Ainsi toutes les zones habituellement dévolues au plaisir sont transformées en lieux de souffrances rendant ainsi caresses et rapports sexuels problématiques. De plus des modifications psychologiques se rajoutent à cet état physique.

1.3 - Les modifications psychologiques

L'accouchement et ensuite le post-partum occasionnent de grands bouleversements d'ordre psychologique chez la femme, chez l'homme, et par conséquent dans le couple.

1.31 - Le bouleversement comportemental

Nous allons d'abord étudier les modifications individuelles dues à l'accouchement puis celles qui apparaissent dans le post-partum.

✓ l'accouchement :

→ chez la femme : l'accouchement est d'abord synonyme de fin de grossesse, de terme et de séparation. Il est à la fois source de douleur et de plaisir.

De plus, il engendre :

- **la cristallisation des conflits intérieurs "féminité – maternité"** ou "sexualité – maternité". Différents facteurs peuvent influencer des modifications sexuelles liées à la grossesse, à l'accouchement, au partenaire, à la femme elle-même. Ainsi sa stabilité et son épanouissement dans la maternité sont fonction de son équilibre physique et sexuel antérieur, mais aussi de l'environnement du couple (religion, famille...).
- **une modification du schéma corporel** : la grossesse permet le passage de sensation de vide à la plénitude. Ce changement est profond mais il s'effectue progressivement tout au long de la grossesse. A l'opposé l'accouchement est un bouleversement brutal. La femme ressent la sensation de vide sans aucune transition.
- **un changement de rôle** : du point de vue social, devenir mère équivaut à être capable d'assumer un autre rôle que celui de femme, de partenaire sexuelle. De plus, elle perd son statut de femme enceinte. Elle était alors le centre d'attention, de sollicitude de son entourage. Après l'accouchement, elle redevient une femme ordinaire. Ce changement de statut social risque de la désorienter.

→ chez l'homme : il se présente alors deux solutions :

- **le père est absent lors de l'accouchement** : ce dernier se passe alors dans son imaginaire.
- **le père est présent** : il ressent simultanément beaucoup de sensations : bruits, odeurs, images... En outre, l'accouchement peut être plus ou moins traumatique par les émotions, et surtout par la vue du périnée de sa partenaire qui se distend. Ces conditions peuvent alors entraîner une altération de l'image érotique du sexe de celle-ci. Enfin, il peut se sentir responsable de sa douleur, et aura donc un vécu négatif de l'accouchement qui pourra avoir des conséquences plus tard.

✓ le post-partum:

→ chez la femme :

- **précocement** : nous observons un changement comportemental très diversifié selon les femmes : fatigabilité, désintérêt, dépression..., ou encore un état "mixte" qui allie agitation et mélancolie. Cet état est en partie dû au deuil de l'enfant imaginaire.
- **ultérieurement** : c'est une longue période de doute, d'incertitude. La femme commence à réaliser tous les changements qui s'effectuent en elle, et se pose énormément de questions physiques : ils changent le vécu sensoriel et perceptif du corps sexué. Ils peuvent entraîner un sentiment de dévalorisation.
 - des fonctions de son corps : la fonction sexuelle laisse place à la fonction maternelle. Ainsi ses seins sont devenus sources de nourriture, et son vagin lieu de passage de l'enfant qui est né. Par conséquent, il y a une perte de repères corporels.
 - d'identité : le nouveau-né donne une nouvelle identité de mère à la femme. Elle devra désormais assumer deux identités et deux rôles : celui de mère et celui d'épouse. Elle devra se partager entre deux personnes qui toutes les deux attendent beaucoup d'elle: son enfant et son compagnon.

Toutefois, elle consacrera dans un premier temps tout son temps libre à son enfant qui est dépendant d'elle, de par sa nourriture, sa tendresse, son amour, ses soins... Il investit pour son propre compte le corps de sa mère. Il est alors possible qu'il y ait une perte d'appartenance.

Enfin, l'enfant qu'elle a mis au monde est en quelque sorte une partie de son propre corps qu'elle aime comme son propre corps, mais aussi un nouvel être humain auquel elle va accorder un sentiment amoureux. Le nouveau-né est alors, inconsciemment, investi d'un intérêt érotique puissant.

→ chez l'homme : lui aussi subit de nombreuses pertes de repères.

- **physiques** : notamment des sensations ressenties lors du rapport sexuel (moins de tonicité vaginale...).

De surcroît, l'image de sa femme "objet sexuel", "objet érotique" a changé. Il reste, en effet, des empreintes de la grossesse et de l'accouchement (poids, vergetures...).

- **d'identité** : il est possible qu'il soit difficile les premiers temps d'assumer son rôle de père et de mari, surtout que dans notre société actuelle, la place du père est un peu devenue indéterminée. "L'adoption" de l'enfant n'est possible que si la femme accepte de "prêter" son enfant à son partenaire.

Enfin, il peut se sentir exclu du couple "mère-enfant" et ne plus savoir alors quelle est sa place. Il se tiendra alors en retrait. Il peut encore avoir un sentiment de jalousie ou de compétition vis-à-vis du nouveau-né. Par conséquent, son attitude va jouer un rôle déterminant sur le moral de sa partenaire.

→ dans le couple : le post-partum est le temps du bilan pour le couple. Il doit accepter un nouveau membre en son sein et donc subir une mutation conjugale et familiale.

Le couple cherche continuellement un équilibre qui est plus ou moins difficile à atteindre. Le post-partum est donc le temps de la recherche d'une nouvelle stabilité, avec la venue de l'enfant.

Le système conjugal, dual devient parental, triadique. Ce passage est nécessaire et fondamental pour le développement psychoaffectif harmonieux de l'enfant. Pour cela, la difficulté de chacun est de faire le deuil de sa position centrale dans la sphère affective de l'autre (notamment pour la naissance du premier enfant, il signifie définitivement la fin d'un huis-clos amoureux).

La naissance, quant à elle, va transformer les relations de communication entre l'homme et la femme.

L'enfant est imaginé, désiré comme celui qui unit le couple. Or, parfois, son existence réelle sépare. La naissance est par conséquent le moment de confrontation entre les créations imaginaires autour de l'enfant et les frustrations créées par sa présence.

Pour résumer, la naissance est le moment de vérité pour le couple. C'est en quelque sorte une "mise à l'épreuve". Ainsi pour chaque couple, l'arrivée d'un enfant permettra de révéler les faiblesses et les forces en présence. Un nouvel équilibre doit naître.

Toutefois, ces bouleversements peuvent être plus ou moins aggravés par quelques maux qui ont également des conséquences sur l'état psychologique des nouveaux parents.

1.32 - Les petits maux du post-partum

✓ le baby-blues ou syndrome du troisième jour : il apparaît simultanément avec la congestion mammaire, ou plus tard lors du retour à la maison, ou à l'arrêt de l'allaitement maternel. Il est fréquent et sans gravité s'il ne persiste pas.

→ les symptômes : ils sont divers : irritabilité, pleurs, plaintes, anxiété, troubles du sommeil...

→ il existe des facteurs favorisants :

- **physiques** : asthénie, douleurs, anémie...
- **nerveux** : le relâchement des tensions accumulées pendant la grossesse et l'accouchement.
- **affectif** :
 - la sensation d'abandon : la mère est séparée de son enfant qu'elle a porté pendant neuf mois. Tous les intérêts sont désormais portés sur lui, et non plus sur elle.
 - la sensation d'ambivalence : la mère possède deux comportements entre lesquels elle oscille selon le moment. En effet, elle est à la fois dans une situation de deuil et de séparation, et d'euphorie d'avoir enfin son enfant dans les bras.
 - le besoin d'être rassurée : la jeune mère est demandeuse de réconfort et d'assurance sur ses capacités maternelles.

- la dépendance à son environnement : la femme, surtout dans le post-partum immédiat, a beaucoup de mal à se détacher de son environnement familial, afin de garder quelques repères affectifs.
- ✓ l'asthénie du post-partum : elle est le plus souvent physiologique, mais peut aussi être un symptôme de dépression sous-jacente si elle dure.
- ✓ les préjudices esthétiques : ils sont à prendre en compte car ils sont vécus de manière importante par la femme.
 - la déformation vulvaire : il est possible que l'orifice vaginal lors de la cicatrisation de l'épisiotomie ou de la déchirure soit déformé par une mauvaise suture.
 - la prise de poids : il faudra du temps pour retrouver le poids antérieur à la grossesse.
 - le ventre disgracieux : il est mou, distendu.
 - les séquelles cutanées : elles sont nombreuses. Par exemple, l'acné, la peau sèche, les télangiectasies, les vergetures : stigmates définitifs de la rupture de l'élasticité du derme distendu... Mais aussi, les varices, le mauvais réseau veineux des membres inférieurs...
 - l'alopecie : la perte des cheveux équivaut à une perte de féminité pour la femme.
 - les vêtements : la femme se situe dans une période de transition. En effet, elle est trop mince pour porter ses vêtements de grossesse, mais trop grosse pour mettre ceux d'avant la grossesse.

Nous réalisons donc que le post-partum pénalise la femme physiquement. Elle n'a plus aucun repère : elle n'est ni comme avant la grossesse, ni comme pendant la grossesse.

Enfin, il faut noter que ces incidents sont amplifiés et importants dans un milieu conflictuel.

1.4 - Les possibles complications

A l'inverse des petits maux du post-partum qui sont présents chez quasi toutes les femmes, il peut quelquefois survenir des complications post-accouchement. Celles-ci sont également une entrave à un retour rapide à la vie "normale" du couple.

1.41 - L'incontinence :

✓ urinaire : il faut savoir que cette situation n'est pas rare chez les multipares. Elle est passagère dans l'immense majorité des cas mais il est possible qu'elle soit durable et importante.

Elle suscite surtout anxiété et désagrément.

✓ anale : dans la plupart des cas elle se traduit par des pertes involontaires de gaz. Dans la moitié des cas, l'évolution est l'amélioration voire la disparition de cette incontinence dans les mois qui suivent l'accouchement. Elle entraîne une grande gêne chez la femme.

1.42 - La constipation

Elle est fréquente, notamment les premiers jours.

1.43 - Les hémorroïdes

Elles sont très fréquentes et sources de douleurs, mais aussi d'inconfort.

1.44 - Les infections urinaires et génitales

Elles sont assez fréquentes et sources de douleur. Elles sont souvent accompagnées de fièvre.

1.45 - Les métrorragies

Elles peuvent être plus ou moins abondantes et récidivantes.

1.46 - Les anémies

Elles peuvent être importantes et à l'origine d'une grande fatigue. De plus, elles peuvent être également la cause de frigidité car elles s'accompagnent souvent d'une insuffisance en folates. Or ceux-ci sont nécessaires à la synthèse des molécules dans la transmission du désir au niveau cérébral.

1.47 - Les complications psychologiques

Telles la psychose puerpérale ou encore la dépression. Elles ont des répercussions sur l'état général et donc sur le désir de la femme.

1.48 - Les problèmes thyroïdiens

En cas de syndrome de Sheehan, il faut savoir que l'hypothyroïdie entraîne une baisse du désir, une sensation de mélancolie, de léthargie.

1.49 - Les maladies thromboemboliques

Phlébites, embolie pulmonaire... Elles engendrent douleur et fatigue.

1.410 - Les complications dues à l'allaitement maternel

Crevasses, lymphangites... Elles occasionnent douleur et inquiétude.

1.411 - La dépression post-natale

Selon A. de Kervasdoué ⁽¹⁾ "c'est la dépression [...] qui est majoritairement responsable de symptomatologie sexuelle pathologique la plus fréquente".

Les deux partenaires devront donc se redécouvrir suite à leur propre bouleversement psychologique. Ils se sont aimés, désirés. Aujourd'hui ils sont devenus parents. Ce changement, de corps, de statut amène des transformations majeures qui pourront ouvrir le couple à de nouveaux horizons, mais parfois aussi à l'éloigner, à lui amener avec l'arrivée de l'enfant une crise profonde, notamment sur le plan sexuel. Nous allons donc maintenant découvrir les divers moyens de la femme pour exprimer son "mal-être" sexuel.

⁽¹⁾ La lettre du gynécologue, n°267, déc.2001, p.22

2 - INTERACTION DU POST-PARTUM SUR LA SEXUALITE

Le post-partum est le retour à la réalité quotidienne, inversement à la grossesse. C'est donc une période sensible et périlleuse sur le plan sexuel.

Il représente pour 30% des femmes un "passage à vide" sexuel ⁽¹⁾ dont les racines sont doubles : le préjudice corporel de la maternité et la déstabilisation psychologique spécifique du post-partum.

Ainsi toutes les conditions sont réunies pour freiner voire inhiber toute activité sexuelle, qui souvent a déjà diminué pendant la grossesse.

2.1 - L'ajournement de la reprise d'une activité sexuelle

Il existe, comme nous l'avons vu précédemment, des séquelles immédiates même lors des suites simples d'un accouchement :

- cicatrisation des déchirures,
- laxité musculaire,
- défaillances vasomotrices,
- écoulement utéro-vaginal.

Celles-ci sont responsables en partie de l'ajournement de la reprise des rapports sexuels. En effet, la zone pelvienne, où sont situées la plupart des séquelles physiques de l'accouchement, doit être investie de manière positive sinon, les anticipations négatives amènent à refuser l'idée même de plaisir.

De plus, la sexualité de cette période est originale. En effet, elle concerne la femme et son partenaire qui viennent d'accueillir un troisième individu dans leur couple :

- elle peut être la continuité ou la période d'apparition de troubles sexuels,
- elle se déroule quand des modifications anatomophysiologiques peuvent la modifier.

C'est pourquoi, les premiers rapports après un accouchement demanderont une sexualité de transition. En effet, les sensations et les points d'excitation du corps de la femme changent et son corps est encore fragile.

⁽¹⁾ Guide pratique de sexologie médicale, J. Waynberg, p.52.

Ainsi, la sensualité et la disponibilité sont les étapes essentielles à la remise en route de la sexualité.

Enfin, il faut savoir distinguer l'abstinence temporaire totale de la limitation volontaire de la fréquence et de la durée des rapports. Cette dernière annonce un retour rapide aux habitudes précédant la grossesse.

Par conséquent, le post-partum est un moment délicat sur le plan sexuel à passer, de par les nombreux bouleversements rencontrés par le couple. Il peut d'ailleurs être révélateur de troubles psychologiques et/ou sexuels, et catalyseur de crises conflictuelles dans le couple.

2.2 - Les troubles sexuels rencontrés

Il est souvent décrit une diminution de l'activité sexuelle attribuée à la fatigue, aux douleurs, aux pertes, aux craintes de léser le périnée, à la sécheresse vaginale.

Cet état est d'autant plus vrai que pendant la grossesse, il y aura déjà eu des modifications de l'activité sexuelle, comme une diminution de la fréquence des rapports voire un arrêt complet, ou une activité sexuelle de remplacement, ou encore une diminution des rêves érotiques.

Cette détérioration de la relation globale du couple entraîne une inadaptation sexuelle post-accouchement. Celle-ci se manifeste par différents dysfonctionnements sexuels.

Il faut noter que les troubles décrits dans ce chapitre sont des troubles d'apparition secondaire : ils surviennent suite à un événement remarquable qui est ici l'accouchement.

2.21 - Les dyspareunies

Ce sont des douleurs génitales déclenchées par le coït, à la pénétration vaginale et/ou aux mouvements coïtaux.

Elles sont fréquentes et peuvent être superficielles ou profondes.

Elles sont souvent incriminées à l'épisiotomie ou à la déchirure, mais elles peuvent être présentes sans ces dernières.

Elles sont la manifestation psychosomatique d'autodéfense. Aussi elles permettent de faire écran à l'angoisse du passage à l'acte.

C'est un symptôme de transition.

Leur évolution est soit la rémission, soit l'aggravation en vaginisme, anorgasmie...

Enfin, une déchirure du ligament large lors d'un l'accouchement traumatique, source d'importantes dyspareunies, a été décrite : c'est le syndrome de Masters et Allen.

2.22 – L'anorgasmie

C'est l'incapacité d'obtenir un orgasme par une stimulation sexuelle quelle qu'elle soit.

Elle implique la personnalité de chaque partenaire et la nature de sa relation avec l'autre. En effet, la perte de plaisir est souvent associée à une difficulté de réaménagement des rôles dans le couple face à l'enfant.

Elle peut être:

- ✓ simple : elle se limite alors à l'échec de quête d'orgasme sans que le désir ou le vécu érotique soient en cause,
- ✓ compliquée : elle est, dans ce cas, associée à plusieurs dysfonctionnements sexuels et / ou des troubles de la personnalité.

2.23 - La dysorgasmie

Elle est caractérisée par la persévération invincible d'expériences orgasmiques exclusivement non vaginales (notamment la sollicitation clitoridienne).

Ce dysfonctionnement est très fréquent et disparaît assez rapidement.

2.24 - Le vaginisme

C'est la contracture douloureuse, invincible de la musculature vaginale et du bassin. Il équivaut à une phobie de la perforation, très caractéristique de l'immaturation érotique, qui est due à un trouble du schéma corporel. Ce dernier est alors à construire ou à reconstruire.

C'est une des complications possibles des dyspareunies.

2.25 - La frigidité

Elle représente la réduction ou la disparition de toutes, ou en partie, des motivations érotiques. Plus simplement elle symbolise une diminution ou l'absence du désir.

Elle est expliquée ainsi par N. Jarrousse⁽¹⁾ :

- avant l'accouchement : un stimulus érotique entraîne une envie de rapport sexuel qui amène au plaisir, aux sensations positives,
- après l'accouchement : un stimulus érotique entraîne plus ou moins une envie de rapport sexuel qui occasionne des douleurs, des sensations négatives.

Celle-ci est d'une part corrélée à la modification sensorielle de la zone génitale de la femme. D'autre part, elle peut être due à l'instabilité endocrinienne du post-partum, ou encore de troubles(s) psychologique(s).

En outre, la libido de la femme est dans les premiers temps, captée par son enfant et donc détournée de son partenaire. C'est une phase normale de l'attachement qui se développe entre la mère et son enfant. De cette manière, son corps est comblé sexuellement, sa libido ayant investi une autre personne que son compagnon.

Enfin, selon le Docteur Bonierbale⁽²⁾, les femmes qui sont sujettes à la frigidité trop longtemps dans le post-partum sont celles qui :

- compensent avec leur enfant un manque affectif de leur propre enfance, et investissent massivement leur libido dans le nouveau-né,
- attendaient de leur partenaire qu'il soit seulement un géniteur qui les rende mère. Elles le mettent ensuite "hors-jeu",
- ont mal vécu leur accouchement, douloureux ou traumatisant, et qui projettent leur agressivité sur leur partenaire.

2.26 - Les galactorrhées

- ✓ en cas d'allaitement maternel : la survenue de pertes de lait incontrôlées est possible après l'orgasme, ou lorsque les seins sont beaucoup stimulés.
- ✓ en cas d'allaitement artificiel : il existe peu de réactions.

Il faut savoir que la qualité des rapports sexuels est en partie due à la tonicité du périnée et que les principaux symptômes de dysfonctionnement sexuel féminin sont les dyspareunies et la frigidité. Ceux-ci ne sont dangereux pour la sexualité du couple et son avenir que s'ils persistent.

(1) Profession sage-femme, n°3, mars 1994, p.32.

(2) Sexologies, vol.IV, n°16, juin 1995, p.9.

2.3 - Le rôle du père

La naissance est en général un moment très inquiétant pour l'homme. C'est pourquoi sa présence ou non à l'accouchement est une décision à prendre pendant la grossesse.

Il est alors important de différencier si sa présence est de sa volonté ou son désir de faire plaisir à sa partenaire. Dans ce cas, il refoule une déception, un dégoût vécu lors de l'accouchement qui la plupart du temps s'exprime lors de la reprise de l'activité sexuelle par une diminution voire une absence de désir, une éjaculation précoce, ou encore une impuissance passagère.

De plus, l'homme peut se heurter à une femme peu désireuse, craignant la douleur. Il se sent exclu, a peur d'être abandonné au profit du couple "mère-enfant". Il se sent à la fois frustré, menacé et jaloux du nouveau-né et ne peut l'exprimer.

Son désir diminue car il sent sa femme moins disponible. Il faut qu'il lui laisse le temps de reconstruire son image érotique et qu'elle retrouve les points de repère qu'elle a perdu avec la grossesse, au niveau corporel et psychique. Il doit être source d'affection, de soutien pour sa partenaire.

Si l'allaitement peut perturber la sexualité, l'homme ne doit pas installer une compétition entre l'enfant et lui, mais déplacer la zone érotique pour un temps pour la récupérer plus tard...

Il doit se montrer très patient afin de laisser sa compagne, son enfant et lui-même s'adapter à cette nouvelle situation. Son rôle est essentiel car c'est lui qui va petit à petit ramener sa partenaire vers lui, vers le désir. Il permet ainsi la coupure du "corps à corps" entre le nouveau-né et sa partenaire, qui va s'effectuer progressivement : il a une fonction de séparation symbolique.

Ainsi, ces mots d'ordre devront être patience, tendresse, disponibilité, compréhension..., et non faire culpabiliser sa compagne de l'état plus ou moins critique de leur couple.

Il faut du temps au couple pour retrouver une sexualité épanouie, qui peut se révéler pleine de richesses nouvelles et de découvertes de l'un et de l'autre. Le post-partum est donc une période à risque, où la tolérance, la patience, la communication, la tendresse doivent être maîtresses. Il entraîne le couple dans un réajustement de sa sexualité.

"Il a fallu neuf mois au ventre de la femme enceinte pour se faire, il en faudra au moins autant pour se défaire" (Docteur Dubkiewicz-Sibony).⁽¹⁾

⁽¹⁾ Sexologies, Vol.IV, n°16, juin 1995, p.12

CONCLUSION:

Ainsi tout au long de leur vie, la femme, l'homme, le couple vont évoluer aux rythmes des différents périodes qu'ils rencontreront au sein de leur relation, de leur sexualité.

L'accouchement et le post-partum sont une de ces périodes importantes dans la progression du couple. D'ailleurs Pasini en conclut: "L'après-naissance - terrain vague en copropriété – mérite plus d'attentions, plus d'efforts, plus de concertations surtout, car il est riche de menaces, mais aussi de promesses"⁽¹⁾.

L'arrivée d'un enfant est une épreuve qui peut se solder par une véritable crise conjugale post-accouchement. Son intensité et son dénouement dépendront de l'histoire du couple et de celle de chaque conjoint, du vécu de la grossesse et de l'accouchement, et de la mise en place du trio père – mère – enfant qui impose une redistribution des rôles.

⁽¹⁾ La lettre du gynécologue, n°267 (décembre 2001), p.21.

CHAPITRE I :

L'enquête

1 - LA METHODE

1.1 - Description du questionnaire

Le questionnaire rassemble 37 questions dont la plupart des réponses sont à choix multiples fermées qui sont divisées en 6 parties :

1.11 - Les généralités :

Cette partie comporte 6 questions qui permettent de "situer" la femme par :

- . son identité : âge, nationalité, religion.
- . son environnement socio-professionnel : niveau d'études
- . son couple : situation conjugale.

1.12 - La sexualité avant la grossesse :

Grâce à ces 2 questions, elle permet de faire le point sur la sexualité de la femme (désir – plaisir) dans son couple, et de sa position par rapport à la sexualité (sujet tabou ou non).

1.13 - La grossesse :

Elle contient 4 questions et permet de déceler l'apparition de problèmes, notamment sexuels, pendant celle-ci.

1.14 - L'accouchement :

Cette partie à l'aide de 8 questions, permet de connaître la parité de la femme, l'ambiance de son accouchement (mode, vécu de l'accouchement, présence du père, son vécu à lui...), ainsi que les difficultés qui ont pu apparaître lors de celui-ci (extraction foetale, état du périnée, état de l'enfant à la naissance...).

1.15 - Le retour à domicile :

Cette partie comporte 3 questions. Elle permet de savoir si la femme a rencontré des problèmes particuliers (fatigue, allaitement, contraception...), des difficultés sexuelles lors du post-partum, et de comparer la sexualité du post-partum à celle de la grossesse et d'avant conception.

1.16 - L'information :

Par 3 questions, elle permet de faire le point sur l'information reçue par les femmes (quand, où, par qui...).

1.17 - Une dernière question permet aux femmes de faire des commentaires et des suggestions sur le questionnaire si elles le désirent.

1.2 - Le but

Le questionnaire a pour objectif de répondre à plusieurs questions qui m'ont poussé à réaliser ce mémoire.

- ✓ L'accouchement, c'est-à-dire son mode, son déroulement, son vécu par les parents, a-t-il des conséquences sur la sexualité ultérieure du couple ? Si oui, en quoi ?
- ✓ La parité joue-t-elle un rôle dans l'attitude, les réactions de la femme par rapport à la sexualité ?
- ✓ Les femmes reçoivent-elles une information sur la sexualité du post-partum ? Par qui ? A quelle occasion ? Est-elle suffisante ? Satisfaisante ?

L'analyse du questionnaire va donc étudier ces différentes interrogations afin d'y répondre.

1.3 - Méthodologie

1.31 - Distribution du questionnaire :

Le questionnaire a été remis de manière anonyme :

- à la Maternité Régionale de Nancy :
 - ✓ en suites de couches dans les trois secteurs mère-enfant (Vermelin I et I, Richon I),
 - ✓ en préparation à la naissance ;

Le questionnaire s'adressait aux multipares en les interrogeant sur leur accouchement et leurs suites de couches précédentes,

- auprès d'une sage-femme libérale qui pratique la rééducation périnéale,
- dans mon entourage.

Cependant de manière à récolter des données récentes, je me suis limitée aux femmes qui ont accouché pour la dernière fois en 1999. Ainsi 120 questionnaires ont été distribués dans une population hétérogène au niveau culturel, socio-économique et professionnel.

Aucune sélection d'échantillon de femmes, ni aucun profil particulier n'ont donc été ciblés.

Il est à noter que deux femmes ont refusé de répondre au questionnaire sans explications précises.

1.32 - Le ramassage :

Le questionnaire a été ramassé en main propre pour la continuité de l'anonymat des femmes. De cette manière, si celles-ci avaient rencontré des soucis pour le remplir, je pouvais les renseigner.

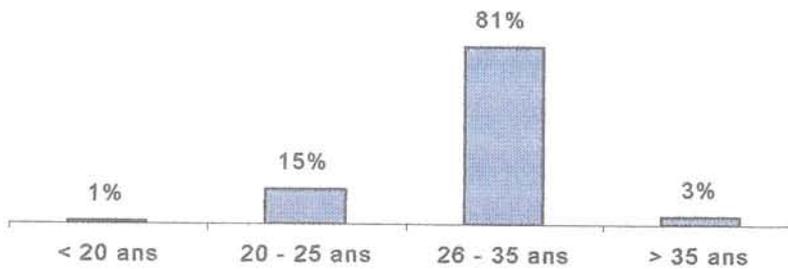
J'ai obtenu en définitive 100 questionnaires, sachant que 20 n'étaient pas exploitables car non remplis entièrement.

2 - ANALYSE DES QUESTIONNAIRES

2.1 – Description de la population interrogée

2.11 – âge :

La répartition par tranches d'âge de 5 ans est la suivante :



2.12 – nationalité

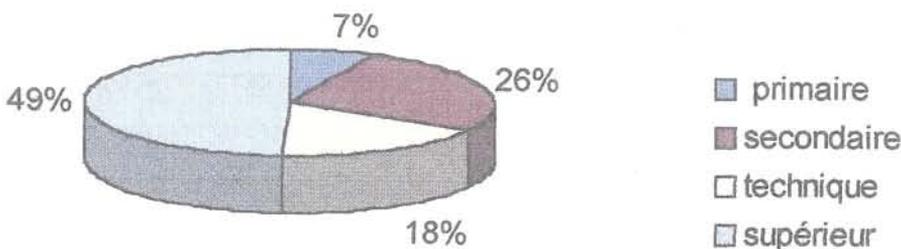
97 % des femmes interrogées sont d'origine française, 3 % d'origine étrangère : 1 % turque, 1 % marocaine, 1 % franco-italienne.

2.13 – religion

86 % des mères appartiennent à une religion : 79 % sont catholiques et 21 % musulmanes.

2.14 – niveau d'étude

La répartition des femmes selon leur niveau d'études est la suivante :



2.15 – situation conjugale

Dans la population interrogée, 96 % des femmes vivent en couple : 68 % sont mariées et 28 % vivent en concubinage.

La durée de leur relation avec leur conjoint est répartie de la manière suivante:



2.2 – La sexualité dans le couple

71% des femmes interrogées disent parler librement de sexualité, 23 % trouvent le sujet gênant et donc évitent d'en parler, et par conséquent, 6 % considèrent le sujet tabou. Nous pouvons ainsi en conclure que 94 % des mères sont prêtes à aborder ce thème.

La répartition du désir et du plaisir de la femme dans des rapports sexuels selon leur fréquence est la suivante :

<i>Désir</i>		<i>Plaisir</i>
0%	jamais ou rarement	0 %
1 %	peu souvent	0 %
7 %.	quelquefois	6 %
23 %	assez souvent	20 %
32 %	la plupart du temps	48 %
37 %	toujours	26 %

2.3 – La grossesse

92 % des grossesses étaient désirées par les deux partenaires.

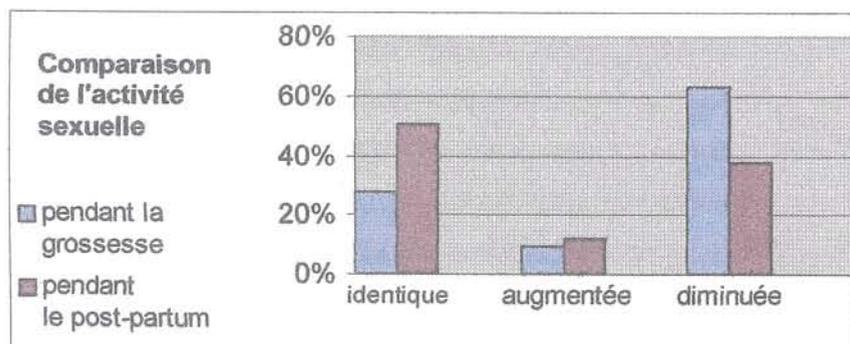
2.31 – l'entente sexuelle durant la grossesse

56 % des couples ont eu une entente identique à celle d'avant la grossesse, 81 % meilleure et 36% moins bonne qu'avant la conception.

Il semblerait donc qu'il n'y ait pas véritablement de bouleversement au sein du couple pendant la grossesse.

2.32 - comparaison de l'activité sexuelle pendant la grossesse et le post-partum

La répartition de la fréquence des rapports est la suivante :



Ainsi peu de couples ont une activité sexuelle augmentée pendant la grossesse (9 %) et post-accouchement (12 %), et 37 % des couples ont une diminution de la fréquence de leurs rapports sexuels dans le post-partum.

2.33 – Le couple a-t-il rencontré des problèmes sexuels pendant la grossesse ?

81% des partenaires répondent que non, et ce pour diverses raisons : plus de communication dans le couple, plus de délicatesse et de tendresse.

19 % des couples ont rencontré des problèmes sexuels lors de la grossesse. Les raisons de ces problèmes sont diverses : fatigue, douleurs, gêne psychologique, peur et crainte par rapport au bébé, transformation corporelle, manque de désir...

problèmes sexuels pendant la grossesse	activité sexuelle		
	diminuée	identique	augmentée
oui	69%	6%	25%
non	64%	9%	27%

Nous constatons que la présence de problèmes sexuels ou non pendant la grossesse n'influence pas la fréquence des rapports sexuel. De plus, nous remarquons que dans la plupart des cas l'activité sexuelle des couples est diminuée pendant la grossesse.

2.4 – L'accouchement

2.41 – parité :

La répartition de la parité parmi les mères interrogées est la suivante :

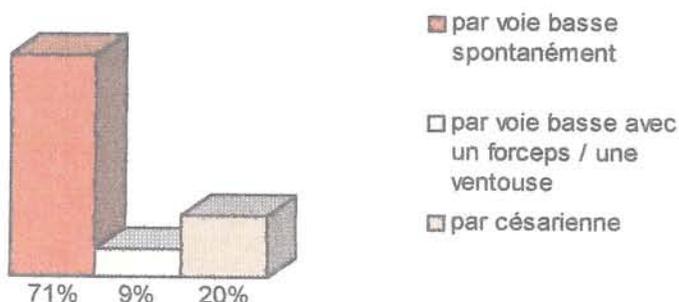
Primipares	60 %
Secondipares	24%
Troisièmes pares	14 %
Quatrièmes pares et plus	2 %

2.42 – analgésie péridurale

80% des femmes interrogées ont bénéficié d'une analgésie péridurale. Ceci montre bien que la tendance actuelle est à l'accouchement sous péridurale.

2.43 – mode d'accouchement

La répartition du mode d'accouchement est la suivante :



2.44 – état du périnée

Sur la totalité des femmes interrogées qui ont accouché par voie basse, 48 % ont eu une épisiotomie, 23% une déchirure et 29% un périnée.

2.45 – la présence du père

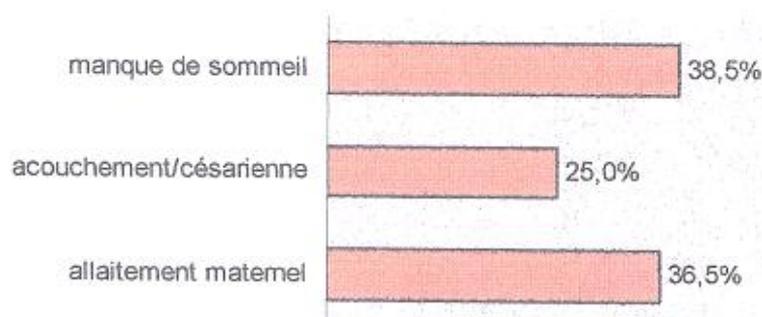
70 % des pères étaient présents pendant le travail et au moment de l'expulsion. Seuls 3 % ont mal vécu l'expérience car ils ont éprouvé trop de souffrance et un papa s'est trouvé impuissant face à la douleur de sa femme.

Sur les 70 % présents, 83 % étaient situés à la tête de leur femme au moment de l'accouchement et 17 % du côté de la sage-femme.

2.5 – Le retour à la maison, le post-partum

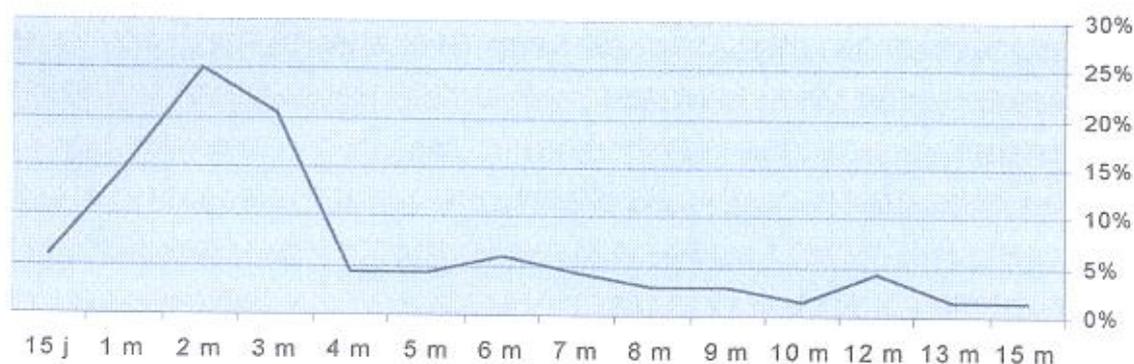
2.51 – la fatigue

78 % des femmes interrogées disent être fatiguées dans le post-partum, dont les principaux motifs sont les suivants :



2.52 – l'allaitement maternel

75 % des mères ont allaité leur enfant. La répartition de la durée de l'allaitement est la suivante :

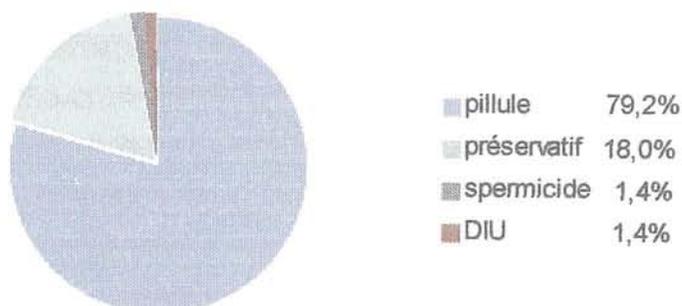


Cette courbe nous montre que la tendance actuelle est donc un retour à l'allaitement maternel, même si la plupart d'entre elles (67%) arrêtent d'allaiter aux environs de 3 mois.

De plus, 90% des pères ont bien vécu l'expérience, 6 % sont indifférents et 4% sont plutôt réticents à l'allaitement maternel.

2.53 – contraception

79 % des femmes ont utilisé un contraceptif dans le post-partum. Les différents moyens utilisés sont les suivants :



2.54 – reprise de l'activité sexuelle

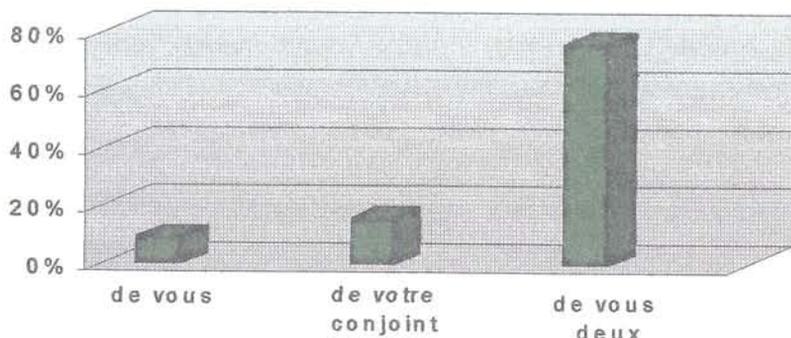
La répartition du désir et de la reprise effective des rapports sexuels dans le temps est la suivante :

<i>Désir de rapports sexuels</i>		<i>Reprise effective des rapports sexuels</i>
5 %	Dès votre sortie de la maternité	0 %
8 %	Entre 1 et 2 semaines	2%
26 %	Entre 2 semaines et 1 mois	17 %
52%	Entre 1 et 3 mois	69 %
7 %	Entre 3 et 6 mois	9 %
2%	> à 6 mois	3 %

Ainsi 52 % des couples interrogés ont le désir de reprendre une activité sexuelle entre 1 et 3 moi après l'accouchement et 69 % reprennent effectivement une activité sexuelle dès ce délai-là. Trois mois semble être la moyenne de reprise des rapports sexuels.

5 % des couples désirent reprendre une activité sexuelle dès la sortie de la maternité, mais aucun ne reprend aussitôt.

La décision de reprise d'une activité sexuelle est répartie de la manière suivante :

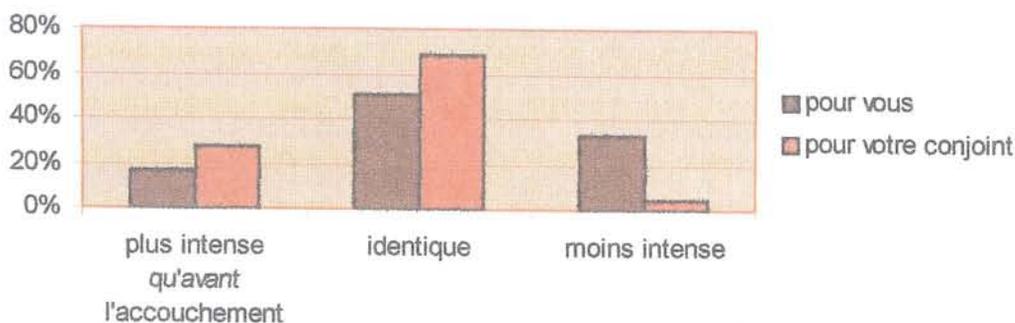


Nous remarquons donc que dans la majorité des cas, la décision était commune aux deux partenaires.

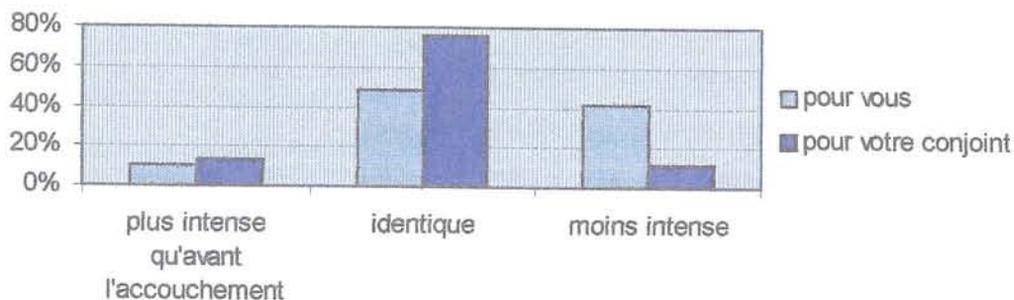
2.55 – le désir et le plaisir dans le post-partum

La répartition du désir et du plaisir pour les deux partenaires lors de la reprise d'une activité sexuelle post-accouchement est la suivante :

Désir dans le post-partum



Plaisir dans le post-partum



Nous observons que pour la plupart des couples (plus les hommes que les femmes) ont les mêmes sensations qu'avant l'accouchement.

Nous notons tout de même que 33 % de femmes ont un désir moins intense et 42 % un plaisir moins intense.

2.56 – la venue de l'enfant

66 % des femmes interrogées disent que la venue de leur enfant n'a rien modifié dans la vie sexuelle de leur couple.

Parmi les 34 % qui remarquent un changement de par la naissance de leur enfant, énoncent les raisons suivantes :

- ✓ changement positif : sentiment de plénitude, désir et amour plus fort.
- ✓ changement négatif : fatigue, moins de liberté, d'intimité et disponibilité avec le bébé, difficultés à associer le rôle de mère et de femme et une maman cite le besoin de reprendre confiance en elle (périnée cicatriciel).

✓

2.57 – la rééducation périnéale

63 % des femmes ont bénéficié d'une rééducation périnéale, 53% d'entre elles auprès d'un kinésithérapeute et 47 % auprès d'une sage-femme.

2.6 – La sexualité du post-partum

2.61 – l'appréhension de la reprise des rapports sexuels

42 % des femmes appréhendent la reprise d'une activité sexuelle. Elles dénoncent comme raisons : la peur de ne pas avoir les mêmes sensations et le même plaisir qu'avant l'accouchement, douleur de la cicatrice de l'épisiotomie et appréhension de la douleur.

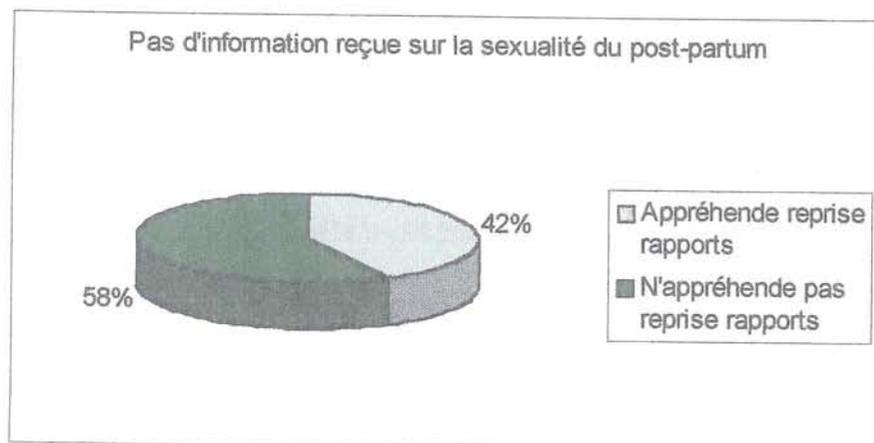
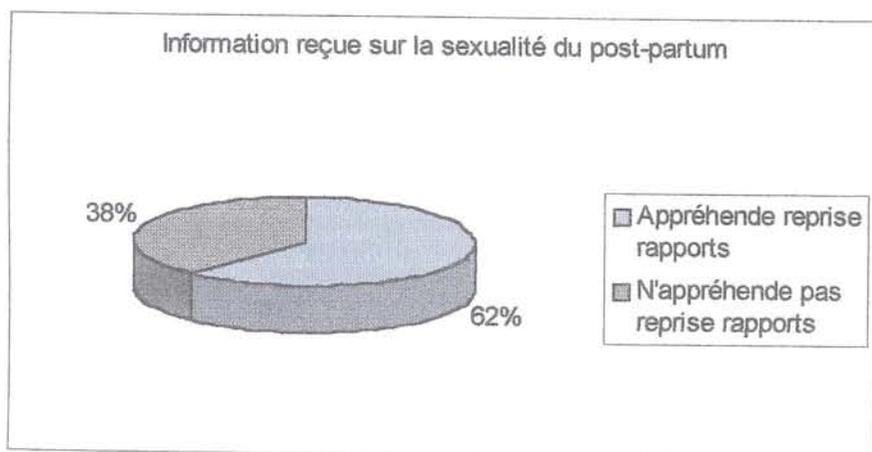
De plus, ce sont 52 % des primipares, contre 27 % des secondipares et 33 % des troisièmes pares et plus, qui ont une crainte de la reprise des rapports sexuels. Les primipares semblent être les plus inquiètes par rapport aux autres mères. Ce sont elles qui paraissent avoir le plus besoin d'être rassurées et informées. L'expérience des accouchements précédents et de leurs suites ont l'air de tranquilliser les mères.

54 % des femmes ayant eu une épisiotomie appréhendent la reprise des rapports sexuels et 59 % de celles qui ont eu une déchirure du périnée. Alors que 74% des mères ayant eu un périnée intact et 81 % une césarienne n'appréhendent aucunement un retour à une activité sexuelle.

Par conséquent, il semble qu'un périnée cicatriciel et un accouchement par voie basse ont des répercussions sur la reprise d'une activité sexuelle.

Enfin l'apparition ou non de problèmes lors des suites de couches n'a pas de conséquences sur la reprise de rapports sexuels. En effet, 46 % des femmes ayant rencontré un (ou plusieurs) problème(s) et 40 % des femmes n'en ayant pas eu, avaient peur de la reprise d'une activité sexuelle

D'après les graphiques suivants, nous constatons que le fait de recevoir une information sur la sexualité du post-partum n'a pas de conséquences sur l'appréhension de la reprise des rapports sexuels. Nous remarquons même que 58 % des femmes sans information ne craignent pas la reprise d'une activité sexuelle contre 38 % qui ont reçu une information.



2.62 – le désir sexuel dans les suites de couches

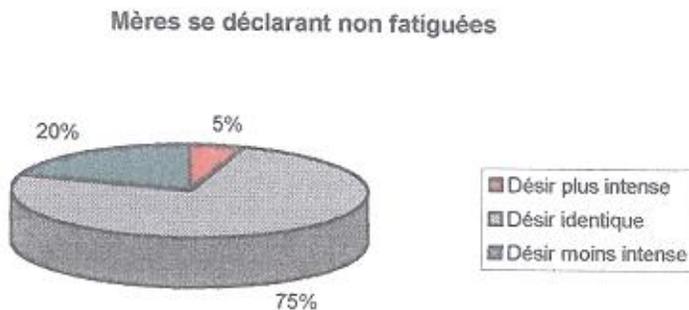
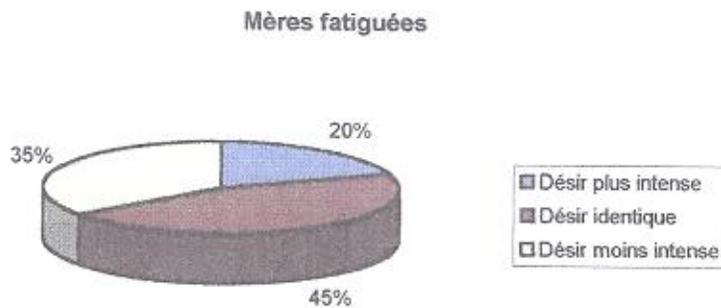
- ✓ état de l'enfant à la naissance : parmi les mères dont les enfants présentaient une bonne adaptation à la naissance, 31 % ont un désir moins intense, 51 % identique et 18 % plus intense.

Parmi celles dont les enfants ont présenté une mauvaise adaptation à la naissance, 50 % ont un désir moins intense, et 50 % identique.

Ainsi, l'état du nouveau-né à sa naissance, semble avoir des conséquences sur le désir sexuel de sa mère, peut-être parce que celle-ci est plus préoccupée par son enfant ?

- ✓ fatigue : Nous avons vu auparavant que 78 % de femmes interrogées sont fatiguées lors de leur retour à domicile. J'ai donc voulu étudier si cette asthénie du post-partum influençait sur le désir sexuel:

D'après les schémas suivants, il semble que non.



- ✓ contraception : parmi les femmes ayant un contraceptif, 29 % ont un désir moins intense, 50 % identique, et 21 % plus intense. Par contre, parmi celles qui n'ont pas de contraception, 50 % ont un désir moins intense et 50 % identique.

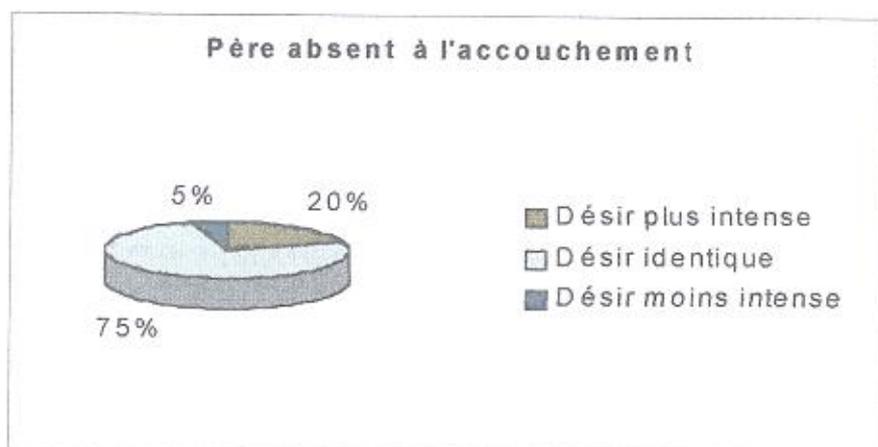
Aussi même si certaines femmes ont décidé d'elles-mêmes de ne pas avoir de contraception post-accouchement, ce fait semble entraîner un désir moins intense qu'auparavant

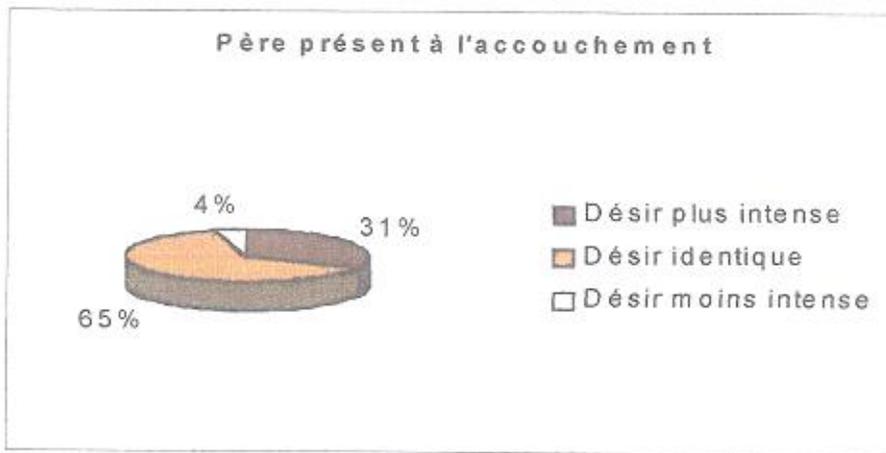
- ✓ désir : d'après le tableau suivant, nous constatons qu'aussi bien les problèmes dans les suites de couches, le fait que le nouveau-né dorme dans la chambre de ses parents, ou l'appréhension de la reprise d'une activité sexuelle n'influence pratiquement pas le désir sexuel dans le post partum.

	Désir		
	moins intense	identique	plus intense
Problème dans les suites de couches	43 %	37 %	20 %
Pas de problèmes	15 %	59 %	26 %
Enfant dormant dans la chambre	36 %	45 %	19 %
Enfant ne dormant pas dans la chambre	29 %	57 %	14 %
Appréhension des rapports sexuels	43 %	36 %	21 %
Pas d'appréhension	23 %	64 %	13 %

- ✓ le désir du partenaire : nous allons également étudier les influences sur le désir sexuel de l'homme dans la période post-accouchement.

- sa présence à l'accouchement : parmi les pères présents à l'accouchement de leur partenaire, la répartition de leur désir : moins intense, identique et plus intense par rapport à celui avant l'accouchement est la suivante :



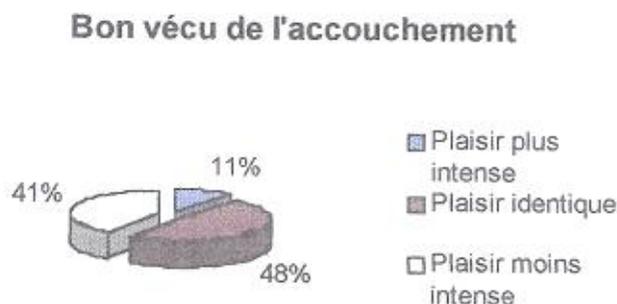


Ainsi les diagrammes nous montrent que la présence ou non à l'accouchement n'influence pas le désir sexuel dans les suites de couches.

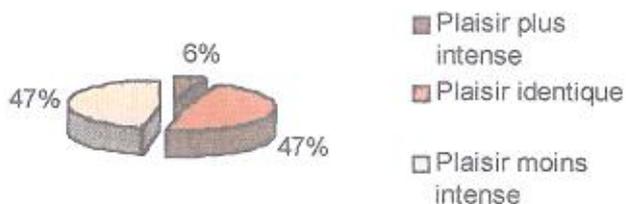
- l'allaitement maternel : l'allaitement maternel n'a pas de répercussions négatives sur le désir de l'homme. Il semblerait même que lorsque l'enfant est allaité, le père ait un désir plus intense. En effet, parmi les pères dont l'enfant est allaité, 32 % ont un désir plus intense, 6 % identique et 5 % moins intense. Et parmi les hommes dont leur enfant n'est pas allaité, 16 % ont un plaisir plus intense, 79 % identique et 9% moins intense.

2.63 – le plaisir dans les suites de couches

✓ le vécu de l'accouchement : la répartition du plaisir dans les suites de couches selon le vécu de l'accouchement est la suivante:



Mauvais vécu de l'accouchement



Ainsi nous remarquons que 11 % des femmes ayant bien vécu leur accouchement ont un plaisir plus intense et 41 % moins intense. Alors que parmi celles qui ont mal vécu leur accouchement seulement 6 % ont un plaisir plus intense et 47 % moins intense.

Le plaisir sexuel semble donc tout de même influencé par le vécu de l'accouchement, mais de manière minime.

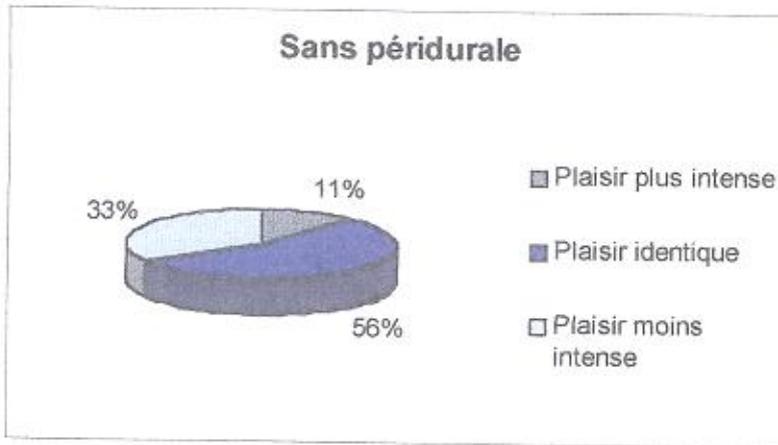
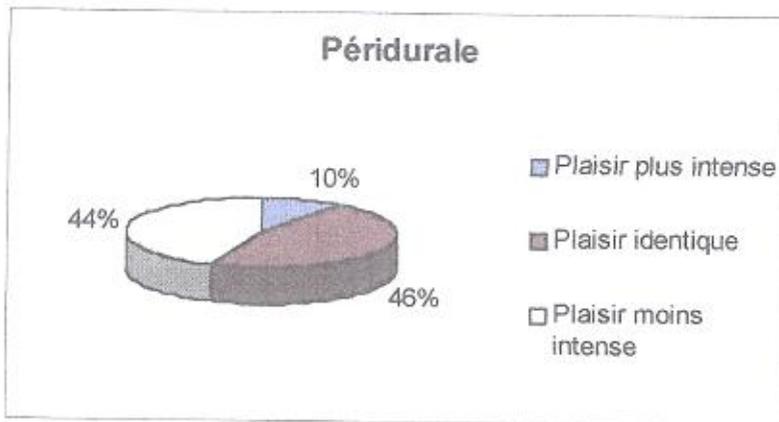
✓ l'état du périnée

Etat du périnée \ Plaisir	plus intense	identique	moins intense
	Episiotomie	9%	38%
Déchirure	11%	61%	28%
Périnée intact	19%	48%	33%

Nous observons que lorsque le périnée est intact, le pourcentage de mères ayant un plaisir plus intense augmente; et inversement, le pourcentage de mères ayant un plaisir moins intense diminue.

Nous pouvons en conclure que l'état du périnée joue un rôle important dans la sexualité du post-partum.

- ✓ l'analgésie péridurale : La répartition du plaisir : plus intense, identique, moins intense selon le mode d'analgésie de l'accouchement est la suivante :



Nous nous rendons compte que sous analgésie péridurale 44% des femmes interrogées ont un plaisir moins intense et 46 % identique, tandis que 33 % ont un plaisir moins intense et 56% identique parmi les mères qui ont accouché sans analgésie.

Il semblerait par conséquent que l'analgésie ait quelques conséquences sur le plaisir dans les suites de couches.

- ✓ la parité

Plaisir	plus intense	identique	moins intense
	Primipares	7%	44%
Secondipares	9%	55%	36%
Troisièmes pares et +	20%	53%	27%

D'après le tableau, nous pouvons conclure que la parité joue un rôle important dans le plaisir du post-partum. En effet, plus la parité augmente, plus le nombre de mères ayant :

- un plaisir intense augmente,
- un plaisir moins intense diminue.

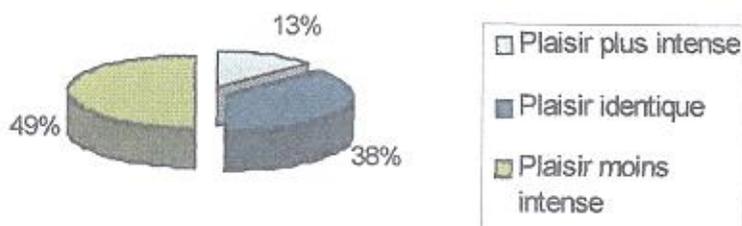
L'expérience des suites de couches paraît donc être importante.

- ✓ l'appréhension des rapports sexuels : parmi les femmes appréhendant la reprise d'une activité sexuelle, 5 % ont un plaisir plus intense, 32 % identique, 63 % moins intense. Parmi celles qui n'appréhendent pas, 13 % ont un plaisir plus intense, 61 % identique et 26 % moins intense.

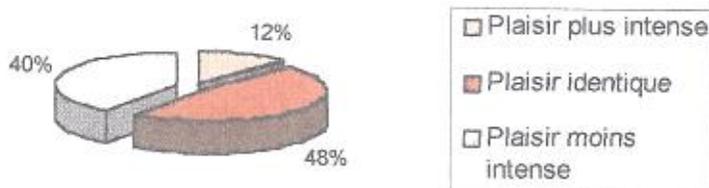
Aussi la crainte du retour à la sexualité a des conséquences négatives sur le plaisir sexuel post-accouchement.

- ✓ le mode d'accouchement : la répartition du plaisir : plus intense, identique, moins intense selon le mode d'accouchement : voie basse spontanée, voie basse avec aide à l'expulsion (forceps, ventouse), césarienne est la suivante :

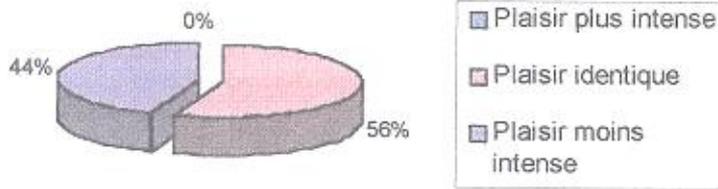
Par voie basse avec forceps



Par voie basse spontanément



Par césarienne



D'après les graphiques, nous remarquons que parmi les femmes ayant eu une aide à l'expulsion, 49 % ont un plaisir moins intense et 38 % identique, contre respectivement 40 % et 48 % parmi celles qui ont accouché spontanément. De plus, nous notons qu'aucune femme ayant eu une césarienne n'a un plaisir plus intense dans la suite de couches.

Par conséquent, l'aide à l'expulsion influence le plaisir dans le post-partum.

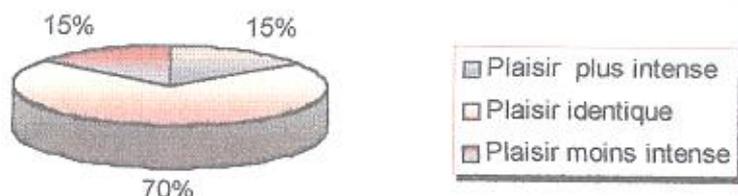
✓ les problèmes dans les suites de couches :

Plaisir / Suite de couches	Plaisir		
	plus intense	identique	moins intense
Avec problème (s)	14%	29%	57%
Sans problème	8%	57%	35%

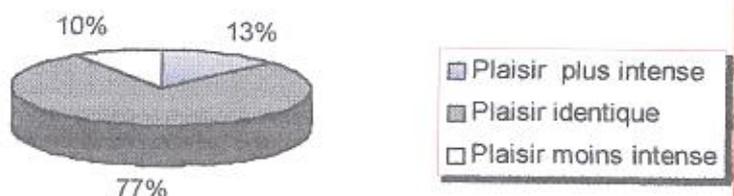
Nous constatons ainsi que 57 % des mères ayant eu un problème dans les suites de couches ont un plaisir moins intense contre 35 % qui n'ont pas de problèmes. Mais 14% ont un plaisir plus intense alors qu'elles ont eu un problème dans les suites de couches contre 8 % parmi celles qui n'en ont pas eu. Il semble donc que chaque femme réagisse différemment à ses problèmes, mais dans la plupart des cas, elles ont un plaisir moins intense par la suite

✓ le plaisir sexuel du partenaire dans le post-partum : la répartition du plaisir sexuel de l'homme dans les suites de couches selon sa présence à l'accouchement ou non est la suivante:

Partenaire absent à l'accouchement



Partenaire présent à l'accouchement



Nous observons que le plaisir sexuel n'est pas influencé par la présence à l'accouchement.

2.7 – L'information

86 % des mères n'ont reçu aucune information sur la sexualité du post-partum. Parmi les 14 % qui en ont bénéficié, 31 % l'ont eu par le gynécologue-obstétricien et 69 % par la sage-femme.

Cette information a été donnée lors des consultations prénatales et/ou des suites de couches. Enfin, une femme a été informée pendant sa visite post-natale.

92 % ont estimé cette information suffisante.

De plus, 65 % des femmes interrogées aimeraient que le sujet soit abordé par les professionnels de santé. Peu importe le praticien (gynécologue ou sage-femme), elles voudraient recevoir une information soit pendant la grossesse (consultations ou PPO), soit lors de leur séjour en suites de couches, par le dialogue et/ou la brochure.

2.8 – Les commentaires des femmes interrogées

Peu de femmes ont éprouvé le besoin d'ajouter quelque chose à leurs réponses. En outre, je remercie toutes celles qui ont profité de cette question pour m'encourager dans mon travail.

Certaines ont tout de même rajouté quelques remarques personnelles au sujet de la sexualité en général ou sur les moyens d'information (cf annexe 2).

CHAPITRE II :

Les conclusions

Cette enquête permet de constater qu'il y a un bouleversement de la sexualité dans la période du post-partum.

Tout d'abord la reprise d'une activité sexuelle est plus souvent une décision commune aux deux partenaires. Elle se déroule environ 3 mois après l'accouchement quelque soit le mode d'accouchement.

De plus, beaucoup d'éléments semblent influencer le plaisir lors de la reprise des rapports sexuels. En effet, la multiparité, l'accouchement spontané par voie basse, le bon vécu de l'accouchement, le périnée intact et la "non-appréhension" des rapports sexuels sont des facteurs qui entraînent un meilleur retour au plaisir, voire même plus intense, dans le post-partum.

En outre, la plupart des couples retrouvent les mêmes sensations qu'auparavant mais les femmes ont souvent un plaisir moins intense .

Enfin, selon la dernière partie du questionnaire, peu de femmes ont reçu une information sur la sexualité post-accouchement. Nous notons tout de même que l'information préventive n'empêche pas les mères de craindre la reprise d'une activité sexuelle.

Or, celles-ci sont demandeuses de renseignements. Elles souhaiteraient une information soit pendant la grossesse, soit lors de leur séjour en suites de couches. Les moyens les plus demandés sont le dialogue et la brochure.

Pour conclure, les hypothèses émises au début de cette partie sont confirmées par les résultats de l'enquête. La parité, l'accouchement (son mode et son vécu par la femme), l'état du périnée sont des facteurs non négligeables pour la sexualité post-accouchement. De plus, encore peu de femmes sont informées par les professionnels de santé. Il semble donc évident que le thème de la sexualité du post-partum doit être abordé, surtout avec les primipares, à un moment ou à un autre. Mais de quelle manière ?

Sur le plan de la sexualité, la période du post-partum est souvent négligée par le corps médical, comme si l'essentiel avait été accompli par la naissance de l'enfant. Or, comme nous l'avons vu auparavant, c'est une phase clé, charnière à la fois pour le couple et pour le nouveau né, où toutes les conditions sont réunies pour freiner, voire inhiber une activité sexuelle.

Par ailleurs, l'étude réalisée a montré que les femmes étaient demandeuses d'information de la part du personnel soignant. Nous allons donc voir dans ce chapitre, les divers moyens préventifs et curatifs de prise en charge de la sexualité post-accouchement.

CHAPITRE I :

Le rôle du personnel soignant dans la prévention

Une grande partie de la prise en charge de la sexualité du post-partum peut s'effectuer de manière préventive lors de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches immédiates.

Il est d'abord important de rappeler que l'examen gynécologique par l'intimité et la proximité qu'il induit, est un moment privilégié d'échanges et de confidences. Il faut savoir l'exploiter afin d'aborder la sexualité du couple et de détecter les troubles sexuels au-delà des plaintes qui peuvent être exprimées. L'analyse des difficultés ou problèmes rencontrés par les partenaires montre qu'il faut tenir compte⁽¹⁾ :

- du fonctionnement sexuel antérieur du couple,
- de la qualité de la relation du couple, mais aussi celle avec son environnement familial, professionnel...
- des problèmes de "territoire", c'est-à-dire l'espace entre les parents et l'enfant, le degré d'intensité de la relation mère-enfant.

1 – PREVENTION LORS DU SUIVI DE LA GROSSESSE PAR LA SAGE-FEMME

Le couple, et surtout la femme, est amené à rencontrer la sage-femme à plusieurs reprises aussi bien pendant la grossesse, lorsque son déroulement est physiologique, pendant l'accouchement, les suites de couches.

Avant d'étudier le rôle de la sage-femme pendant ces entrevues avec la femme, nous allons d'abord nous attarder sur les aptitudes en sexologie de cette dernière.

⁽¹⁾ Sexologies, vol 14, n°16, juin 1995, p8.

1.1 – Aptitudes théoriques

1.11 - Le cursus scolaire :

Il est bon de rappeler que dans le cursus des études de sage-femme, seulement 15 heures de cours magistraux sont consacrés à la sexologie et ce, en quatrième année.

Les différents thèmes abordés sont :

- introduction à la sexualité : histoire de la relation sexuelle,
- sexualité normale : aspects physiologiques et psychologiques,
- sexualité de l'enfance et environnement familial :
 - ✓ plaisir et frustration,
 - ✓ l'art de l'éducation,
 - ✓ problèmes sexuels liés à l'enfance,
 - ✓ manifestations sexuelles de l'enfant,
- sexualité de l'adolescence :
 - ✓ l'adolescent(e) et son corps,
 - ✓ l'affirmation de l'adolescent et la masturbation,
 - ✓ l'homosexualité de l'adolescent,
 - ✓ conduite hétérosexuelle de l'adolescent
- sexualité de la femme enceinte,
- sexualité du troisième âge,
- sexualité et maladies organiques,
- dysfonctions sexuelles :
 - ✓ douleurs pelviennes,
 - ✓ frigidité, vaginisme, impuissance, éjaculation précoce,
 - ✓ le conflit en relation avec la personnalité,
 - ✓ déviations sexuelles,
 - ✓ information et éducation sexuelle.

Par conséquent, nous nous rendons compte que le nombre d'heures employées à l'apprentissage de la sexologie, nous permettent de traiter les bases de celle-ci.

Notre formation nous permet donc d'être apte :

- à dépister les difficultés sexuelles des couples,
- de venir en aide aux femmes et aux couples, et de les rassurer,
- à orienter vers un spécialiste (sexologue) le couple lorsque les problèmes sexuels sont hors de nos compétences.

1.12 - Les formations :

Si elle le désire afin d'apporter une aide efficace aux couples, la sage-femme peut étoffer son savoir et son expérience grâce à diverses formations complémentaires, plus ou moins longues :

- ✓ formation de conseillère familiale et conjugale : elle comprend 600 heures de cours, un mémoire, des stages de 8 à 15 jours dans un établissement de conseil conjugal(cf annexe 3).
- ✓ formation de sexologie : elle comprend 3 années d'études, un stage, un mémoire. Cette formation est plus détaillée à la fin de ce chapitre (cf annxe 4).
- ✓ formation de thérapeute comportementalisme : elle comprend 2 années d'études, un mémoire(cf annexe 3).

1.2 – Aptitudes relationnelles

"Les sages-femmes ont un positionnement très particulier au niveau de la parturiente qui favorise la confiance. Elles ont un rôle à jouer plus fraternel que le médecin qui, lui, est plutôt dans le registre paternel" :J. Waynberg⁽¹⁾.

Dans la plupart des cas, c'est une femme qui s'adresse et qui s'occupe d'une autre femme, elle apparaît plus accessible que le médecin. Outre son aspect technique, elle serait donc plus propice à être la confidente de la patiente sur un sujet un peu difficile comme la sexualité.

De surcroît, elle rencontre la femme à diverses reprises tout au long de sa grossesse : consultations prénatales, préparation à la naissance..., de l'accouchement, mais aussi dans le post-partum : suites de couches, rééducation périnéale.

(1) Profession sage-femme, n°67, juin 2000, p13.

Lors de tous ces moments, elle a un rôle très important et un statut privilégié dont il faut profiter :

- d'écoute de la femme et de son compagnon,
- d'information, d'éducation et de conseil,
- de médiation lors de possibles conflits dans le couple ou dans la famille.

C'est pourquoi la sage-femme établit d'abord une relation d'écoute et de confiance avec la femme et le couple.

Enfin, la sage-femme peut impliquer sa propre personnalité et son vécu personnel (si elle est déjà mère) pour indirectement donner des conseils.

Etudions les différentes possibilités d'action de la sage-femme.

1.3 – Rôle dans le suivi des femmes

1.31 Pendant la grossesse :

✓ La consultation prénatale :

La loi impose 7 consultations prénatales obligatoires pour le suivi d'une grossesse. Une sage-femme peut suivre toute une grossesse tant que son déroulement est physiologique (excepté la visite du troisième mois où la déclaration doit être effectuée par un médecin), et ce soit en milieu hospitalier, soit en libéral. Si la grossesse est suivie par un gynécologue-obstétricien, celui-ci a les mêmes objectifs que la sage femme.

La consultation prénatale présente plusieurs avantages :

- c'est un lieu intime où seul le couple et la sage-femme sont présents.
- une relation de confiance peut s'instaurer car la sage-femme est généralement connue du couple puisqu'elle les suit tout au long de la grossesse.

Par contre, elle présente aussi des inconvénients :

- le temps de la consultation est souvent limité. Même si les sages-femmes prennent plus de temps pour la réaliser (en moyenne 20 à 30 minutes) que les médecins (en moyenne 15 minutes). En plus de l'examen clinique, beaucoup de sujets sont à aborder dans ce temps restreint.

- la connotation médicale :
 - parfois le lieu : l'hôpital ou la maternité,
 - la port d'une tenue (blouse médicale), peuvent freiner le couple dans son envie de parler de sexualité.

✓ La préparation prophylactique obstétricale :

Aujourd'hui où beaucoup de femmes bénéficient de l'analgésie péridurale, le but de la PPO est plus une préparation à la parentalité. Elle est débutée souvent aux alentours du troisième trimestre de la grossesse et se divise en plusieurs séances.

Lors de celles-ci beaucoup de sujets sont abordés :

- l'anatomie de la femme,
- la grossesse : son suivi, l'hygiène de vie ...
- l'accouchement : les différentes modalités d'accouchement, l'analgésie péridurale,
- les suites de couches : l'allaitement, les soins du nouveau-né,
- le retour à la maison : les soins, l'organisation.

Or comme nous pouvons le constater peu ou pas de séances abordent le sujet de la sexualité de la grossesse ou du post-accouchement.

Aussi la sage-femme par son attitude et ses connaissances crée un climat de confiance. Elle doit être disponible et "ouverte". Toutefois la PPO présente également des avantages et des inconvénients :

→ avantages :

- la durée des séances est beaucoup plus longue qu'une consultation,
- c'est un moment privilégié d'écoute, de dialogue, de communication aussi bien entre la sage-femme et les femmes (ou couples) que les femmes entre elles,
- le nombre de séances permet une continuité des échanges,
- c'est un moment avant tout d'information.

→ inconvénients :

- le nombre de personnes assistant à la séance peut intimider et donc empêcher les femmes de poser leurs questions et de parler de leur(s) difficulté(s) ou crainte(s),
- toutes les femmes ne participent pas aux cours de préparation à la naissance (la plupart sont primipares).

1.32 - Lors de l'accouchement :

Le travail peut être également un moment de discussion et d'échanges entre la sage-femme et le couple.

La sage femme doit rassurer les futurs parents sur le déroulement du travail. Elle est à leur disposition pour répondre à leurs questions, expliquer ses gestes. En outre, elle peut déjà donner des conseils pour les suites de couches (soins, douleurs...), même si ceux-ci seront réexpliqués en secteur mère-enfant. En effet, une explication claire et simple de ce qui se passe peut jouer énormément dans le vécu de la femme de son accouchement (césarienne en urgence, forceps...).

Ainsi, elle doit veiller au bien-être de la femme mais également à celui de son compagnon, faire en sorte qu'il ne se place pas derrière elle au moment de l'expulsion, car la vue du périnée dilaté de sa compagne peut être traumatisante et avoir des conséquences ultérieures.

1.33 - Lors des suites de couches :

La sage-femme, lors du séjour de la femme en secteur mère-enfant a divers rôles:

- l'accueil de la femme et de son nouveau-né,
- l'information et l'éducation des soins (conseils d'hygiène de vie, allaitement),
- surveillance clinique de la femme et de son enfant,
- la prévention des complications et des infections du post-partum,
- le dépistage des complications (incontinence, anémie, troubles psychologiques...).

Par ailleurs, il est important de rappeler que la sage-femme doit parler de l'épisiotomie à la femme. En effet selon C.Cabanis (1) l'épisiotomie non connue et non expliquée entraîne chez la femme la peur de toucher, d'être touchée, de regarder, de sentir les points de suture... Ainsi la cicatrice se développe dans l'imaginaire comme une pathologie de la zone génitale, et la douleur est anticipée. Cela crée un cercle vicieux, un comportement d'évitement : il ôte toute envie, voire même toute idée de pénétration.

A travers ses missions, la sage-femme peut donc informer la femme de la sexualité du post-partum, et favoriser une meilleure reprise de l'activité sexuelle en prévenant l'apparition de complications.

(1) Cahiers de sexologie clinique, vol.14, n°87, p.49.

Les suites de couches ont donc plusieurs avantages :

- le temps du séjour : il est beaucoup plus long que le temps d'une consultation,
- de nombreux moments sont prétextes à aborder le thème de la sexualité : l'examen clinique quotidien, les soins du périnée, l'information et les conseils sur la contraception, la rééducation périnéale, la visite post-natale...,
- la femme a à sa "disposition" le personnel soignant, tout le temps de son séjour et peut donc demander des renseignements à n'importe quel moment.

Toutefois, il existe tout de même quelques inconvénients :

- beaucoup d'informations en peu de temps sont données, et toutes à long terme ne sont pas forcément retenues par les femmes,
- la femme peut ne pas être réceptive aux informations sur la sexualité car elle ne se sent pas encore concernée. Pour l'instant, elle pense à son accouchement, son enfant qu'elle découvre.

Pour pallier à ces désavantages, la sage-femme peut donner au couple des numéros de téléphone où des conseils pourraient être donnés (info allaitement, numéro du service...).

1.34 – En rééducation périnéale :

Le but premier de la rééducation périnéale est de restructurer le plancher pelvien en tonifiant les muscles périnéaux, notamment les faisceaux puborectaux des releveurs de l'anus.

Par ailleurs, un des aspects importants de la remise en forme post-natale, est la réconciliation avec son corps et surtout avec sa zone génitale. Cette étape est nécessaire pour retrouver une sexualité harmonieuse. C'est un des bienfaits subtil et peu abordé de la rééducation périnéale. C'est aussi un tremplin pour retrouver un nouveau schéma corporel.

La base de la technique est la prise de conscience de la musculature périnéale.

Aussi la rééducation périnéale ne semble présenter que des avantages pour aborder le thème de la sexualité post-accouchement:

- la séance est un moment privilégié de tête-à-tête entre la femme et la sage femme,

- c'est un temps d'information sur le périnée (son fonctionnement, explication des muscles périnéaux et de l'anatomie génitale de la femme), son rôle dans le schéma corporel, et l'intérêt d'un périnée tonique dans une "bonne" sexualité,
- elle se déroule à distance de l'accouchement. La femme a, par conséquent, pu prendre du recul par rapport à sa grossesse, son accouchement... De plus, des problèmes d'ordre sexuel ont pu apparaître depuis son séjour à la maternité ou sa visite post-natale. La sage-femme est alors la seule personne du milieu médical que la femme rencontre à cette période-là.
- la rééducation s'effectue en plusieurs séances (dix sont remboursées par la Sécurité Sociale). La femme a donc le temps de connaître la sage-femme ; un climat de confiance, d'échanges peut ainsi s'instaurer entre elles deux.

2 – PREVENTION LORS DE LA VISITE POST-NATALE PAR LE GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

Tout d'abord, il est important de rappeler que cette visite est remboursée par la Sécurité Sociale, tout comme les consultations prénatales. Elle a lieu environ deux mois après l'accouchement. Elle est obligatoirement réalisée par un gynécologue-obstétricien.

Elle comporte un examen général et gynécologique

Elle a pour but la vérification :

- du caractère physiologique des suites de couches,
- du retour à la normale des voies génitales et la récupération musculaire abdo-pelvienne,
- de la disparition ou de la persistance d'une (ou plusieurs) pathologie(s) révélée(s) lors de la grossesse,
- de donner des conseils :
 - sur la rééducation périnéale et abdominale (prescription des séances),
 - sur la contraception en fonction du désir de la femme, de la période d'allaitement, d'éventuelles pathologies.
- d'adapter une contraception selon les désirs de la femme et ses facteurs de risques.

Ainsi, c'est également le moment idéal pour parler de sexualité du post-partum. Le lieu est intime (uniquement la femme ou le couple avec le médecin), et la visite est distante de la grossesse et de l'accouchement.

3 – DEPISTAGE DES COUPLES A RISQUES

Le Docteur Bonierbale(1) a listé les différentes raisons qui doivent faire suspecter la présence de difficultés ou de troubles sexuels post-accouchement :

- plainte organique lors d'une consultation non prévue, par exemple : un retard de cicatrisation d'épisiotomie, une vaginite...
- lors d'une consultation prévue (visite post-natale, rééducation périnéale) la femme admet ne pas avoir repris d'activité sexuelle lorsqu'on aborde le sujet de la contraception, de la sexualité...
- lors d'un conflit de couple où le partenaire se plaint de la non reprise d'une quelconque activité sexuelle.
- lorsque le partenaire demande des justifications médicales aux allégations de sa femme sur l'absence de rapports sexuels.
- lors d'un état dépressif ou asthénique.
- lorsqu'une femme paraît angoissée quand on lui explique qu'elle peut reprendre une sexualité "normale" rapidement.
- lorsque le couple se plaint d'une difficulté à la reprise des rapports sexuels.
- lorsque le praticien remarque une perte de repères d'un (ou des deux) partenaire(s) dans le nouveau système familial.

Toutes ces situations entraînent une forte anxiété et culpabilité de la femme et de son partenaire. Aussi tous ces couples doivent retenir notre attention, car tous sont susceptibles d'être en difficulté.

En résumé notre rôle en tant que personnel soignant est :

- le dépistage des anomalies physiques susceptibles de freiner ou d'inhiber la sexualité du post-partum,
- d'encourager la prise en charge globale du périnée,
- d'aider la femme à retrouver une image valorisante d'elle-même,
- de libérer la femme de ses maux et des ses peurs,
- de savoir déceler le trouble sexuel et/ou psychologique à travers la plainte somatique,

(1) Sexologies, vol.4, n°16, p.8.

- d'encourager le couple à se retrouver seul de temps en temps,
- d'orienter la femme vers un sexologue ou psychiatre si les troubles ne disparaissent pas avec un traitement adéquat.

Par ailleurs, les conseils devront être adaptés au profil psychologique de la femme, et le choix des mots est important. Aucune question, ni aucun conseil ne doit être embarrassant ou gênant pour la femme.

Enfin, notre attitude doit être rassurante et non alarmiste, et nos mots d'ordre doivent être discrétion et pudeur.

En conclusion, nous, personnel soignant et médical, avons un rôle utile de dépistage, prévention, d'information et de soutien psychologique. Nous pouvons aussi proposer des solutions thérapeutiques, souvent simples.

CHAPITRE II :

Les outils de prévention

Sachant que le but de la prévention est de "toucher" le maximum de la population concernée, deux principaux moyens s'offrent au personnel soignant en matière de prévention : le dialogue et la brochure d'information.

Par ailleurs, il est important de rappeler que la sexualité est propre à chaque couple. Ainsi les besoins diffèrent d'un couple à l'autre. Le praticien doit s'adapter à chacun d'eux.

Nous allons donc étudier ces outils séparément, tout en sachant qu'ils sont complémentaires.

1 – LE DIALOGUE

Sages-femmes et gynécologues obstétriciens ont un rôle capital : le dialogue, la communication avec leurs patient(e)s. Les entretiens ont plusieurs fonctions.

1.1 - Ecouter et entendre :

Il faut essayer d'entendre et comprendre tout ce qui est sous-entendu par la patiente. En effet celle-ci n'ose pas toujours exprimer clairement ses sentiments, ses questions..., de peur de paraître ridicule devant le praticien.

Cette capacité de clairvoyance, de percevoir une question, un doute pas franchement exprimé s'acquière surtout avec la pratique et l'expérience, au fur et à mesure des consultations.

1.2 - Informer :

La sexualité est un acte instinctif, naturel. En outre, expliquer en prévention des faits normaux, de possibles difficultés sexuelles à venir, peut susciter des angoisses et des questions auxquelles le couple n'aurait pas pensé. C'est également une remise en question de l'intimité du couple. C'est pourquoi, certains pensent que nous n'avons pas besoin d'en parler aux partenaires.

Or la sexualité post-accouchement est compliquée de par les mécanismes physiologiques, hormonaux, psychologiques. De plus, de nos jours, les femmes se documentent beaucoup pendant leur grossesse. Mais peu de revues, ou de livres, traitent le thème de la sexualité pendant la grossesse ou du post-partum.

Alors l'équipe soignante doit-elle venir en aide aux couples? Il semble que oui, même si les partenaires semblent réticents en cachant leurs difficultés. Nous pouvons juste montrer que nous sommes prêts à aborder leurs problèmes sexuels quand ils seront prêts à le faire.

Enfin, il ne faut pas que le mal-être du personnel médical à l'idée de parler de sexualité soit perceptible car les couples pourraient l'être aussi, notamment s'ils veulent en parler mais n'osent pas.

1.3 – Répondre :

Le personnel soignant doit répondre aux questions des partenaires, mais également aux attentes de ceux-ci.

1.4 – Rassurer :

En expliquant l'essentiel de la physiopathologie de l'accouchement et du post-partum, nous pouvons faire comprendre au couple qu'il est "normal" et c'est ce qu'il veut entendre.

Il faut aussi quelquefois lutter contre les idées reçues, véhiculées parfois à travers les générations, car celles-ci peuvent être néfastes à l'épanouissement sexuel post-accouchement du couple.

Par conséquent, nous nous rendons compte que le dialogue, les échanges entre le praticien et les partenaires sont nécessaires au bon déroulement aussi bien de la grossesse que du post-partum.

2 – LA BROCHURE

Aujourd'hui, les salles d'attente des cabinets de consultations sont pleines de prospectus, de brochures informant de pratiquement tous les sujets: toxoplasmose et grossesse, tabac et grossesse, l'allaitement maternel... Toutefois aucune ne semble s'intéresser à la sexualité.

Or, ce document semble intéressant pour ouvrir le dialogue. En effet, il ne peut être adapté à chaque couple, puisque chacun a sa propre sexualité; mais il peut aborder les idées importantes à développer pour expliquer une certaine "normalité" de la sexualité du post-partum.

Aussi, à la remise de la brochure, avec explication, le couple comprend que le praticien est prêt à aborder le sujet s'il le désire ou si un problème apparaît. C'est l'occasion pour les partenaires de poser leurs questions ou d'exprimer leur appréhensions.

2.1 - But et objectifs de la brochure

Le but premier de la brochure est de donner des informations simples et accessibles aux couples.

Les idées à développer sont les modifications physiologiques, hormonales, psychologiques dues à l'accouchement, qui ont des répercussions sur la sexualité du post-partum.

Il serait également bien de rappeler quelques éléments importants et que les professionnels de santé sont là pour répondre aux questions et donner des conseils.

Ces explications doivent être simples et compréhensibles pour tous les couples ciblés par la brochure.

2.2 - Exemple de brochure:

- ✓ L'introduction: elle expose aux couples le but de cette brochure, c'est-à-dire leur donner des informations simples mais importantes sur la sexualité du post-partum.

Avant de commencer à expliquer les différents bouleversements provoqués par l'accouchement, il serait bon d'éclaircir quelques termes médicaux.

- Le retour de couches: premières règles après l'accouchement. Il a lieu 2 mois après l'accouchement en cas d'allaitement artificiel et 4 mois après en cas d'allaitement maternel.
- Les suites de couches ou post-partum: c'est la période qui s'écoule de l'accouchement jusqu'au retour de couches. Les deux principaux phénomènes qui ont lieu pendant cette période, sont le "retour à la normale" du corps et des organes génitaux, et la mise en route de l'allaitement maternel.

- ✓ Ensuite, nous aborderons les différents changements provoqués par l'accouchement:

- physiques: les possibles déchirures du périnée (épisiotomie...), la diminution du tonus des muscles du périnée, la cicatrice de césarienne, la fatigue de l'accouchement...

- hormonaux:

- une baisse des œstrogènes: elle entraîne une sécheresse et une rigidité vaginale
- une baisse de la progestérone: elle entraîne une diminution de la libido et un état dépressif.
- une augmentation de la prolactine(hormone responsable de la mise en route de l'allaitement maternel): elle entraîne une baisse du désir.

- psychologiques: ils ont lieu à la fois chez la femme et chez l'homme.

On observe donc aussi des changements dans le couple:

- de rôle, d'identité: la femme devient mère et l'homme devient père.
- modification du schéma corporel
- le "baby-blues"...

Ainsi le couple devient famille, il doit accueillir un nouveau membre. Les parents doivent prendre du temps pour trouver de nouveaux repères.

✓ La sexualité après l'accouchement:

Afin de rassurer les couples, il faut leur indiquer les principaux bouleversements sexuels et leurs causes.

Elle est souvent originale, différente de celle avant la grossesse. La reprise des rapports est souvent marquée par:

- une baisse du désir: elle est à la fois due à une forte relation mère-enfant et à l'augmentation du taux de prolactine.
- des douleurs: dues à la cicatrisation du périnée et à la sécheresse vaginale.
- une diminution de l'activité sexuelle: due à la fatigue, aux pertes et à la forte relation mère-enfant.

Ensuite, nous pourrions rappeler que les professionnels de la santé: sages-femmes et gynécologues sont là pour les écouter, les informer, leur donner des conseils et répondre à leurs questions.

Enfin, nous pourrions énumérer les éléments importants pour le post-partum:

- poser toutes les questions,
- ne pas oublier de passer sa visite post-natale (elle a lieu environ 2 mois après l'accouchement) auprès d'un gynécologue,
- ne pas oublier la rééducation périnéale (10 séances sont remboursées par la sécurité sociale),
- ne pas oublier une contraception adaptée au post-partum.

Pour finir, nous pourrions résumer les mots-clés du post-partum: disponibilité, communication, sensualité, tendresse., et nous donnerons quelques adresses qui pourraient être utiles aux couples.

La diffusion de celle-ci peut s'effectuer à divers endroits et moments. En effet, comme nous l'avons vu auparavant, la brochure peut être remise lors des consultations prénatales ou du séjour en suites de couches. De plus elle peut être à disposition dans les salles d'attentes des cabinets de consultations (cabinet de sage-femme libérale, de gynécologue, dans les maternités, mais aussi chez les généralistes).

Une proposition d'exemplaire de brochure est insérée en annexe 5.

En conclusion, en matière de prévention, deux solutions s'offrent à nous pour aborder le thème de la sexualité du post-partum, du suivi de la grossesse ou des suites de couches immédiates. D'ailleurs ces outils peuvent également être utilisés en réponse aux questions des couples.

Il est à noter que lors de mon enquête, certaines femmes étaient demandeuses en plus d'une information orale et/ou par brochure, de groupes de paroles soit pendant la préparation à la naissance, soit pendant le séjour en suites de couches. Ces groupes de paroles sont déjà en place dans certaines maternités.

Dans tous les cas, il est nécessaire que le sujet soit abordé, le couple informé et qu'aucune question ne reste sans réponse.

CHAPITRE III :

La place du sexologue

Quelquefois, malgré une information préventive, certains couples ont besoin d'un traitement curatif de leurs problèmes sexuels. La sage-femme ou le gynécologue obstétricien doit alors laisser la place à un spécialiste : le sexologue.

1 – LES BUTS DE LA SEXOLOGIE

La sexologie est l'étude des troubles de la fonction érotique du couple ou plus simplement du rapport sexuel, du point de vue des mœurs, biologique, social, philosophique.

C'est par conséquent, une approche pluridisciplinaire de la sexualité: biologie, problématiques sexuelles, maladies conjugales, constellation familiale, plan existentiel...

Les buts de la sexologie sont donc:

- d'apporter des solutions aux différents sexuels des couples,
- de traiter les problèmes tout en écoutant les patients.

Il est nécessaire pour cela de s'intégrer à une équipe pluridisciplinaire : urologues, endocrinologues...

En résumé, les sexologues traitent la fonction psycho-comportementale de la sexualité.

2. LA SAGE-FEMME SEXOLOGUE

Comme nous l'avons vu au début de cette partie, une sage-femme peut décider de se spécialiser et donc, de passer son diplôme de sexologie. D'ailleurs le diplôme est obtenu par 10 % de sages-femmes, dont certaines dans le cadre d'une formation continue. Ce qui prouve, selon J. Waynberg⁽¹⁾ que le milieu hospitalier reconnaît l'intérêt de la formation.

De plus, à l'issue du diplôme, trois champs de pratique professionnelle s'offrent au sexologue : la recherche, l'éducation à la sexualité et la pratique clinique.

Ainsi une sage-femme sexologue pourrait trouver sa place dans une équipe pluridisciplinaire au sein d'un établissement. Elle pourrait être consultée en cas de problèmes à la fois par les couples pour une thérapie, mais aussi par ses collègues pour des conseils. Sa présence montrerait aux couples que l'équipe obstétricale n'oublie pas la sexualité, que ce soit celle de la grossesse ou celle du post-partum.

3 – QUAND CONSULTER UN SEXOLOGUE ?

Dans le cas de troubles dans la sexualité post-partum, tous les praticiens sont d'accord pour affirmer que plus la reprise des rapports sexuels est différée, plus la chance que la sexualité soit épanouie est diminuée. Ainsi, lorsque l'inhibition du désir sexuel est supérieure à six mois, le couple doit consulter un spécialiste afin d'avoir une prise en charge cognitive et comportementale.

Ainsi même lorsque des problèmes sexuels apparaissent dans le couple, nous pouvons les orienter vers un spécialiste qui saura les traiter. Le sexologue a donc aussi un rôle important dans la prise en charge de la sexualité du post-partum.

⁽¹⁾ Profession sage-femme, n°67, juin 2000, p.13

En conclusion, la période du post-partum est un réel bouleversement dans le couple qui peut entraîner des difficultés sexuelles. En effet, les modifications anatomiques, hormonales et psychologiques post-accouchement ne sont pas négligeables.



De surcroît, le fait de pouvoir être à la fois mère et redevenir femme est un passage difficile pour presque toutes les mères. Elles doivent réussir à s'occuper de leur enfant, mais pas trop, et rendre une place à leur partenaire sexuel.

Ainsi, le post-partum est une période charnière, au sens de ce qui relie et de ce qui permet d'articuler deux éléments différents : être une femme et une mère. Le rôle du père est très important à ce moment-là : présence, tendresse, patience... Sinon risquent d'apparaître des problèmes sexuels.

La sexualité post-accouchement est donc particulière. L'enquête réalisée a démontré que la parité, l'accouchement par son mode et son vécu, l'état du périnée sont des facteurs influençant la reprise d'une activité sexuelle.

Enfin, à l'issue de cette enquête, nous nous rendons compte que peu de femmes reçoivent d'informations à ce propos. Or celles-ci en sont demandeuses. Nous, professionnels de santé avons donc un rôle de prévention à jouer. Ainsi les femmes savent que nous sommes prêts à aborder plus en détail le sujet, si des difficultés surviennent dans leur couple. En même temps nous pouvons les rassurer.

Mais une information plus complète ne devrait-elle pas être systématique lors du suivi d'une patiente ?

LIVRES :



1. WAYNBERG J.

Guide pratique de sexologie médicale

Edition Simep, p.52

2. ELIA D., WAYNBERG J.

Guide pratique de la vie du couple

Edition Masson

3. LANSAC J., BERGER C., MAGNIN G

Obstétrique pour la praticien, 3^e édition

Edition Masson

4. TCHOBROUTSKY C., OURY J.F.

Prendre en charge et traiter une femme enceinte, 2^e édition

Edition Arnette Blackwell

5. WAYNBERG J., JARROUSSE N.

La sexualité

Edition Livre de Poche

6. GAUSSEN S.

Le guide de l'après-accouchement

Edition Albin Michel

7. FITREMANN J-M.

ABC de la sexualité

Edition Grancher

REVUES:

1.LOISEL C.

La sexualité dans le post-partum

L'obstétrique, n°214, février 1999, p.23-26

2.MESSAGER C.

Etre mère et rester femme

L'obstétrique, n°214, février 1999, p.27-29

3.UDIN G.

La fonction érotique et ses troubles

L'obstétrique, n°214, février 1999, p.30

4.CABANIS C.

Qualité de vie et sexualité

Revue française de gynécologie et d'obstétrique, n°2, avril 1999,
p.119-121

5.WAYNGERG J.

Les sages-femmes sont dans le secret des familles.

Profession sage-femme, n°67, juin 2000, p.12-14

6.JARROUSSE N.

Sexualité et post-partum

Profession sage-femme, n°3, mars 1994, p.30-32

7.BONIERBALE M., PORTO R.

Sexualité du post-partum

Sexologies, volume IV, n°16, p.7-12

8.TORDJMAN G.

Le défaut de lubrification vaginale

Cahiers de sexologie clinique, volume 14, n°87, p.49

9. DEMLER G., RAYR C

Hormones et troubles de l'identité sexuelle féminine

Gyn-Obs, n°360, décembre 1996, p.4



MEMOIRES :

1. DIDION C.

Sexualité du post-partum

Mémoire : Ecole de sages-femmes de Nancy, 1996

2. RUOL K-L.

L'amour en attendant

Mémoire : Ecole de sages-femmes de Marseille, 1999

3. LORSON J.

Sexualité et grossesse

Mémoire : Ecole de sages-femmes de Nancy, 1991

4. LOTZ E.

Prise en charge périnéale dans le post-partum

Mémoire : Ecole de sages-femmes de Strasbourg, 1993

ILLUSTRATION :

"Moment d'intimité", 1999, Georgina Lucock, (Pictura France)



• REMERCIEMENTS	p. 4
• SOMMAIRE	p. 6
• PREFACE	p. 8
• INTRODUCTION	p. 10
• <u>PREMIERE PARTIE: GENERALITES</u>	p. 12
<u>Chapitre 1: La femme, en dehors de la grossesse</u>	p. 13
1. Anatomie féminine	p. 14
1.1 Les organes génitaux externes	p. 14
1.2 Les organes génitaux internes	p. 15
1.3 Les muscles	p. 16
1.4 La vascularisation et l'innervation	p. 17
2. La sexualité féminine	p. 19
2.1 Les hormones	p. 19
2.2 L'acte sexuel	p. 20
2.3 Le désir et le plaisir	p. 22
<u>Chapitre 2: Le post-partum</u>	p. 26
1. Physiopathologie	p. 27
1.1 Modifications anatomiques	p. 27
1.2 Modifications hormonales	p. 30
1.3 Modifications psychologiques	p. 32
1.4 Les possibles complications	p. 36
2. Intéraction du post-partum sur la sexualité	p. 39
2.1 L'ajournement de la reprise des rapports	p. 39
2.2 Les troubles sexuels rencontrés	p. 40
2.3 Le rôle du père	p. 43
<u>Conclusion</u>	p. 45

• <u>DEUXIEME PARTIE: ENQUETE SUR LA SEXUALITE</u>	p. 47
<u>Chapitre 1: L'enquête</u>	p. 48
1. La méthode	p. 49
1.1 Description du questionnaire	p. 49
1.2 Le but	p. 50
1.3 Méthodologie	p. 50
2. Analyse des questionnaires	p. 52
2.1 Description de la population interrogée	p. 52
2.2 La sexualité dans le couple	p. 53
2.3 La grossesse	p. 53
2.4 L'accouchement	p. 55
2.5 Le retour à domicile, le post-partum	p. 56
2.6 La sexualité du post-partum	p. 59
2.7 L'information	p. 68
2.8 Les commentaires des femmes interrogées	p. 69
<u>Chapitre 2: Les conclusions</u>	p. 70
• <u>TROISIEME PARTIE: VERS UNE PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE CHEZ LA FEMME ENCEINTE</u>	p. 72
<u>Chapitre 1: Rôle du personnel soignant dans la prévention</u>	p. 74
1. Prévention lors du suivi de la grossesse par la sage-femme	p. 75
1.1 Aptitudes théoriques	p. 76
1.2 Aptitudes relationnelles	p. 77
1.3 Rôle dans le suivi des femmes	p. 78
2. Prévention lors de la visite post-natale par le gynécologue	p. 83
3. Dépistage des couples à risques	p. 84

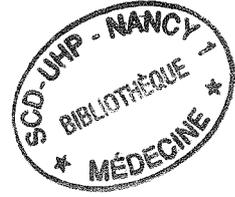
<u>Chapitre 2: Les outils de prévention</u>	p. 86
1. Le dialogue	p. 87
1.1 Ecouter et entendre	p. 87
1.2 Informer	p. 87
1.3 Répondre	p. 88
1.4 Rassurer	p. 88
2. La brochure	p. 89
2.1 But et objectifs de la brochure	p. 89
2.2 Exemple de brochure	p. 90
<u>Chapitre 3: La place du sexologue</u>	p. 93
1. Les buts de la sexologie	p. 94
2. La sage-femme sexologue	p. 95
3. Quand consulter un sexologue?	p. 95
• CONCLUSION	p. 96
• BIBLIOGRAPHIE	p. 98
• TABLE DES MATIERES	p. 102
• ANNEXES	p. 106
Annexe 1	p. 107
Annexe 2	p. 114
Annexe 3	p. 117
Annexe 4	p. 119
Annexe 5	p. 121



ANNEXE I

Aline FLOQUET

Elève Sage-Femme en 4^{ème} année
Ecole " A.Fruhinsholtz " de Nancy



Afin de réaliser mon mémoire de fin d'étude qui a pour thème "la sexualité dans le post-partum" (c'est-à-dire, après l'accouchement), je souhaite effectuer une enquête auprès des femmes sur le vécu de la période post-accouchement.

C'est pourquoi je me permets de vous distribuer ce questionnaire. Cette étude est totalement anonyme. Elle s'intéresse tout particulièrement à votre précédente grossesse et votre précédent accouchement.

D'avance, je vous remercie de votre collaboration.

A – GENERALITES

1 – Quel est votre âge ?

- < 20 ans
- 20 – 25 ans
- 26 – 35 ans
- > 35 ans

2 – Quelle est votre nationalité ?

3 – Quelle est votre religion ?

- catholique
- juive
- protestante
- musulmane
- autre

4 – Quel est votre niveau d'étude ?

- primaire
- secondaire
- technique
- supérieur

5 – Quelle est votre situation conjugale actuelle ?

- célibataire
- mariée
- en concubinage / en couple
- divorcée / séparée

6 – Depuis combien de temps étiez-vous avec votre conjoint ?

- moins d'un an
- entre 1 et 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- entre 10 et 20 ans
- plus de 20 ans

B – VOTRE SEXUALITE AVANT LA GROSSESSE

7 – Pour vous, la sexualité est un sujet qui est :

- tabou
- gênant, donc vous évitez d'en parler
- dont vous parlez librement

8 – Lors de vos relations sexuelles, avez-vous du :

<i>Désir</i>		<i>Plaisir</i>
<input type="checkbox"/>	- jamais ou rarement	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	- peu souvent	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	- quelquefois	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	- assez souvent	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	- la plupart du temps	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	- toujours	<input type="checkbox"/>

C – LA GROSSESSE

9 – Votre grossesse était-elle ? :

- accidentelle
- désirée de vous et de votre conjoint
 - de vous seule
 - de votre conjoint

10 – Lors de votre grossesse, l'entente sexuelle au sein de votre couple était-elle ? :

- meilleure qu'auparavant
- identique
- moins bien

Pourquoi ?

11 – Votre activité sexuelle a été :

- identique à celle d'avant la grossesse
- augmentée
- diminuée

12 – Avez-vous rencontré des problèmes sexuels particuliers pendant la grossesse ?

- non
- oui, *lesquels ?*

D – L'ACCOUCHEMENT

13 – Etait-ce votre :

- 1^{er} accouchement
- 2^{ème}
- 3^{ème}
- 4^{ème} ou plus

14 – A quel terme aviez-vous accouché ?

15 – Aviez-vous bénéficié d'une analgésie péridurale ?

- oui
- non

16 – Aviez-vous accouché ? :

- par voie basse spontanément
- par voie basse avec un forceps / une ventouse
- par césarienne

17 – Avez-vous eu :

- une épisiotomie
- une déchirure
- un périnée intact

18 – Votre conjoint était-il présent au moment de l'accouchement ?

- oui
 non

si oui, a-t-il bien vécu l'expérience ?

- oui
 non, pourquoi ?

où était-il placé ?

- à votre tête ?
 du côté de la sage-femme?

19 – Comment avez-vous vécu votre accouchement ?

20 – Votre enfant allait-il bien à la naissance ?

- oui
 non

E - LE RETOUR A DOMICILE, LE POST-PARTUM

21 – Vous sentiez-vous fatiguée ?

- oui
 non
Pourquoi ?

22 – Avez-vous allaité votre enfant ?

- non
 si oui, pendant combien de temps ?
comment l'a vécu votre conjoint ?

23 – Aviez-vous un moyen contraceptif ?

- non, pourquoi ?
 oui, lequel ?

24 – Avez-vous eu un problème dans les suites de couches ?

- non
 oui : infection
 baby-blues
 problème d'allaitement
 autre:

25 – Votre enfant dormait-il dans votre chambre ?

- oui
 non

26 – Appréhendez-vous la reprise des rapports sexuels ?

- non
 oui, pourquoi ?

27 - Au bout de combien de temps auriez-vous aimé reprendre des rapports sexuels, et au bout de combien de temps les aviez-vous effectivement repris ?

Désir de rapports sexuels

Reprise effective des rapports sexuels

- | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - dès votre sortie de la maternité | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - entre 1 à 2 semaines | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - entre 2 semaines à 1 mois | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - entre 1 et 3 mois | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - entre 3 et 6 mois | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - > à 6 mois | <input type="checkbox"/> |

28 - La décision de reprendre une activité sexuelle venait-elle :

- de vous
- de votre conjoint
- de vous deux

29 - Lors de vos relations sexuelles, le désir était-il :

pour vous

pour votre conjoint

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - plus intense qu'avant l'accouchement | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - identique | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - moins intense | <input type="checkbox"/> |

Pourquoi ?

- fatigue
- peur d'être à nouveau enceinte
- appréhension de la douleur
- désir de se concentrer sur votre rôle de mère
- refus de votre conjoint
- autre:

30 - Le plaisir était-il ?

pour vous

pour votre conjoint

- | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - plus intense | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - identique | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | - moins intense | <input type="checkbox"/> |

Pourquoi ?

- gêne physique par : sécheresse vaginale
- douleur au niveau de la cicatrice
- fatigue
- autre :

31 - Votre activité sexuelle a-t-elle été :

- identique à celle avant l'accouchement
- augmentée
- diminuée

32 - La venue de votre enfant a-t-elle modifié la vie sexuelle dans votre couple ?

- si oui, en quoi
- non

33-Avez-vous bénéficié de séances de rééducation périnéale?

- oui, avec un kinésithérapeute
- une sage-femme
- non

F – L'INFORMATION

34 – Aviez-vous reçu des informations sur la sexualité après l'accouchement ?

- non
- si oui, quand ?
 - avant la grossesse
 - pendant la grossesse
 - en suites de couches
 - en rééducation périnéale

par quel praticien ?

 - le médecin traitant
 - le gynécologue obstétricien
 - un spécialiste (sexologue)
 - la sage-femme

35 – Pensez-vous que cette information était suffisante ?

- oui
- non

36 – Aimeriez-vous que ce sujet soit abordé par les praticiens ?

- non
- oui, lors
 - de la consultation avec la sage-femme
 - de la consultation avec le médecin
 - de la préparation à la naissance
 - des suites de couches

de quelle manière ?

 - oralement
 - à l'aide d'une brochure
 - autres:

37 – Si vous avez des suggestions, des commentaires :

Merci beaucoup de votre participation

ANNEXE II

LES COMMENTAIRES DES FEMMES INTERROGÉES

LA SEXUALITÉ APRÈS L'ACCOUCHEMENT REPREND SA PLACE PETIT À PETIT - PROGRESSIVEMENT; IL FAUT UNE GRANDE COMPLICITÉ ET UNE GRANDE COMPRÉHENSION DU MARI VIS À VIS DE SON ÉPOUSE, SANS PRÉCIPITATION, ET SE DIRE QU'AVEC DE LA PATIENCE, LES CHOSSES REPRENNENT LEUR COURS HABITUEL!
LE DIALOGUE EST PRIMORDIAL CHEZ UN COUPLE.

37 - Si vous avez des suggestions, des commentaires:

- Organiser des groupes lors du séjour à la maternité afin de parler de la sexualité après l'accouchement.

Votre sujet de mémoire est très intéressant, car malheureusement bien souvent il reste un sujet tabou!

Personnellement, à la suite de mon accouchement (= 1 mois après), j'avais soulevé le problème auprès de mon gynécologue/obstétricien, qui m'avait rassuré sur mon état physique et avait ensuite facilité la reprise de notre vie sexuelle.

Je me demande si une information sur la vie sexuelle post-partum ne devrait pas également s'adresser au conjoint (car de plus en plus d'hommes ont des difficultés à ce sujet).

On nous parle beaucoup de moyen contraceptif mais en aucun cas de sexualité.

L'épisiotomie reste une grosse gêne pour reprenre du rapport. Mais la cicatrisation faite, les rapports redevennent normaux.

37 - Si vous avez des suggestions, des commentaires :

La réussite de toute relation sexuelle se base sur le respect de l'autre, le partage, l'écoute et la communication.

C'est d'autant plus vrai après un accouchement où le couple devient famille, et que le corps de la femme a été le berceau de cette famille.

J'ai pu soulever pas d'informations particulières sur la sexualité après l'accouchement ; chaque couple vit ça différemment et je crois qu'il faut juste un peu de patience (dans notre cas en tout cas) et c'est au couple de beaucoup discuter afin de ne pas établir de malentendus. Bien sûr, je comprends tout à fait que des gens qui rencontrent des difficultés aient besoin d'en parler avec un médecin, mais ce ne fut pas notre cas. D'autre part, c'est un sujet dont on parle facilement avec certains amis, nous savions donc quel genre de problèmes nous pouvions rencontrer (manque de désir, sécheresse vaginale, ...).

ANNEXE III

LIEUX DE FORMATION

Conseillère conjugale et familiale

Association française des centres de conseil conjugal (A.F.C.C.C.)

Siège social : 44, rue Danton 94270 Kremlin-Bicêtre

Thérapeute comportementaliste

Association française de thérapie comportementaliste (A.F.T.C.)

100, rue de la Santé 75014 PARIS

ANNEXE IV

LE DIPLOME DE SEXOLOGIE :

Il existe un seul moyen d'obtenir le diplôme de sexologie : depuis 1999, c'est un Diplôme Inter Universitaire qui peut se passer dans sept facultés en France: Paris VIII, Bordeaux, Marseille, Lyon, Montpellier, Nantes- Rennes, Toulouse.

Il se déroule donc sur deux ans d'études (cours, conférences, participation à des séminaires) et aboutit par un mémoire. Ce diplôme est reconnu par l'ordre des médecins, c'est la seule reconnaissance professionnelle des sexologues.

Peuvent être admis à l'enseignement :

- médecins, psychocliniciens, juristes, sociologues, chercheurs ou enseignants en sciences humaines,
- tous les acteurs de santé publique titulaires d'un Diplôme d' Etat : sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes,
- titulaires d'une formation diplômante au conseil conjugal, à la psychothérapie.

Parallèlement depuis 1974, des établissements privés, telles l' Ecole Française de Sexologie, l'Institution en Sexologie, la Société Française de Sexologie Clinique, donnent des formations aux médecins et au personnel médical.

Le programme des études se divise en 10 modules sur deux ans:

- 1ere année: Biologie de reproduction
 - Infection sexuelles transmises
 - Populations et sociétés
 - Sexologie psychosomatique
 - L'érotisme aux confins de la normale
- 2ème année: Sexologie clinique
 - Sexologie médico-légale
 - La fonction érotique
 - Pratiques théoriques
 - Evaluation et études de dossiers

Enfin, la formation en sexologie nécessite un travail personnel préalable afin de pouvoir connaître ses propres limites en matière de sexualité, et ainsi prendre des distances par rapport aux problèmes des patients et de ne pas culpabiliser.

ANNEXE V

LA SEXUALITE

APRES

L'ACCOUCHEMENT



IL EST IMPORTANT DE:

- ✓ poser toutes vos questions,
- ✓ ne pas oublier :
 - . votre visite post- natale,
 - . les 10 séances de rééducation périnéale qui sont remboursées par la sécurité sociale,
 - . de vous informer sur une contraception post- accouchement.

LES CONTACTS UTILES:

- La sage-femme ou le gynécologue qui suit votre grossesse,
- Point Information :
Maternité Régionale A. Pinard:
03.83.34.36.36
- Rééducation périnéale :
Maternité Régionale A. Pinard:
03.83.34.43.90

Comme pendant la grossesse, la sexualité après un accouchement est particulière...

Quelques définitions :

LE RETOUR DE COUCHES :

Premières règles après l'accouchement.

Il a lieu environ 2 mois après l'accouchement en cas d'allaitement artificiel, et 4 mois en cas d'allaitement maternel.

LES SUITES DE COUCHES :

Jusqu'au retour de couches.

2 principaux phénomènes ont lieu : mise en route de l'allaitement et retour à la normale des organes génitaux.

PROLACTINE: hormone qui permet la mise en route de l'allaitement.

L'accouchement entraîne des changements :

- Physiques : fatigue, diminution du tonus des muscles du périnée, épisiotomie ...
- Hormonaux :
 - Baisse des œstrogènes : rigidité et sécheresse vaginale
 - Baisse de la progestérone : diminution de la libido état dépressif
 - Augmentation de la prolactine : baisse du désir sexuel
- Psychologiques : "baby-blues", changement de rôle, d'identité, modification du schéma corporel...

Le couple devient famille : il doit accueillir un nouveau membre. Les parents doivent prendre le temps de trouver de nouveaux repères.

LA SEXUALITE APRES L'ACCOUCHEMENT :

Elle est souvent différente. La reprise des rapports est marquée par :

- Des douleurs : cicatrisation des déchirures, sécheresse vaginale...
- Une baisse du désir sexuel : forte relation mère-enfant, hormone. ...
- Une diminution de l'activité sexuelle : fatigue, pertes de sang...

Les étapes essentielles : patience, disponibilité, communication, tendresse, sensualité...

FLOQUET Aline

Promotion 1999-2003

Mémoire de fin d'études

Ecole de sages-femmes A. Fruhinsholz de Nancy

Titre: La sexualité du post-partum

Mots-clés: sexualité, post-partum, couple, relation mère-enfant...

La sexualité d'un couple est en perpétuelle évolution et certaines périodes de la vie ont tendance à perturber celle-ci ; le post-partum en fait partie. En effet, les modifications anatomiques, hormonales et psychologiques entraînent de grands bouleversements internes au couple. De plus, la venue d'un enfant perturbe l'équilibre de ^{ce} dernier. Mais quelles en sont les conséquences sur le plan sexuel ?

L'enquête réalisée démontre que la parité, le mode et le vécu de l'accouchement ainsi que l'état du périnée sont des facteurs qui influencent la reprise des rapports sexuels post-accouchement.

L'information paraît nécessaire car quasi inexistante et les femmes semblent demandeuses. Le rôle des soignants est donc une information préventive, conseiller et rassurer les partenaires, tout en adaptant son discours à chacun, car la sexualité est propre à chaque couple.