



HAL
open science

La reprise des rapports sexuels dans le post-partum et l'accompagnement personnalisé par la sage-femme : les facteurs qui impactent la sexualité : revue de la littérature

Léa Maring

► To cite this version:

Léa Maring. La reprise des rapports sexuels dans le post-partum et l'accompagnement personnalisé par la sage-femme : les facteurs qui impactent la sexualité : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870419

HAL Id: hal-03870419

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870419>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université de Lorraine

**Ecole de Sages-Femmes
de
METZ**

La reprise des rapports sexuels dans le post-partum et
l'accompagnement personnalisé par la sage-femme :
les facteurs qui impactent la sexualité

Revue de la littérature

Mémoire présenté et soutenu par
Maring Léa

Directeur de mémoire : Mangeot Joëlle
Sage-femme enseignante

Promotion 2014-2018

Université de Lorraine

Ecole de Sages-Femmes
de
METZ

La reprise des rapports sexuels dans le post-partum et
l'accompagnement personnalisé par la sage-femme :
les facteurs qui impactent la sexualité

Revue de la littérature

Mémoire présenté et soutenu par
Maring Léa

Directeur de mémoire : Mangeot Joëlle
Sage-femme enseignante

Promotion 2014-2018

Remerciements

- ❖ Merci à ma directrice de mémoire, madame Mangeot, cadre sage-femme enseignante, pour ses précieux conseils, son temps, son soutien et sa patience.
- ❖ Merci à mon experte, madame Goubet, sage-femme, pour m’avoir consacré du temps et transmis ses connaissances en matière de sexologie.
- ❖ Merci à ma famille et en particulier à mes parents, Rachel et Thierry et mon frère, Léo pour leur soutien depuis toujours et tout au long de l’élaboration de ce mémoire.
- ❖ Merci à mon ami et pilier, Benjamin de me soutenir et de croire en moi.
- ❖ Merci à toutes les sages-femmes et autres professionnels de santé que j’ai rencontrés pour leur accompagnement et la transmission de leurs connaissances.
- ❖ Merci à ma promotion pour ces quatre années.

A mon Papi Gillou,

Sommaire	
Remerciements	4
Sommaire	5
Siglaire	7
Introduction	8
Partie 1	10
1. ELEMENTS DE SEXOLOGIE	11
1.1. HISTORIQUE DE LA SEXUALITE	11
1.2. DEFINITION DE LA SEXUALITE.....	12
1.3. DEFINITION DU DESIR.....	13
1.4. LA SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE	13
2. LE POST-PARTUM	15
2.1. LA DEFINITION DU POST-PARTUM	15
2.2. LA SEXUALITE DU POST-PARTUM.....	15
2.3. LES FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA SEXUALITE DU POST-PARTUM.....	16
3. L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE	18
3.1. QUELQUES DEFINITIONS	18
3.2. L'ACCOMPAGNEMENT	19
3.3. LA COMMUNICATION	19
Partie 2	21
1. ANALYSE DES DONNEES DE LA LITTERATURE NATIONALE ET INTERNATIONALE	22
2. METHODOLOGIE	22
2.1. PROBLEMATIQUE.....	22
2.2. LES OBJECTIFS	22
2.3. LES HYPOTHESES	22
2.4. LES CRITERES	23

3. PRESENTATION DES ETUDES SELECTIONNEES	23
3.1. ETUDE A	23
3.2. ETUDE B.....	24
3.3. ETUDE C.....	24
3.4. ETUDE D	26
3.5. ETUDE E.....	27
3.6. ETUDE F.....	29
3.7. ETUDE G	30
Partie 3.....	32
1. DISCUSSION DES RESULTATS	33
1.1. IMPACT DU MODE D'ACCOUCHEMENT SUR LA SEXUALITE	33
1.2. IMPACT DE L'ALLAITEMENT SUR LA SEXUALITE	34
1.3. IMPACT DES EPISIOTOMIES, DECHIRURES PERINEALES ET EXTRACTIONS INSTRUMENTALES SUR LA SEXUALITE.....	35
2. PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE.....	37
2.1. LA SAGE-FEMME	38
2.2. LES TEMPS ESSENTIELS	38
Conclusion	42
Bibliographie.....	45
Table des matières	48
Annexes.....	51

Siglaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPM : Rupture Prématurée des Membranes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

UNM : Université du Nouveau-Mexique

IRS : Intimate Relationship Scale

DREES : Direction de Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENP : Enquête Nationale Périnatale

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

HAS : Haute Autorité de Santé

Introduction

L'un des grands paradoxes de notre société réside dans son rapport au sexe dont nous croyons nous être affranchis par la libération sexuelle des années 1970, mais avec lequel nous conservons des rapports plus qu'ambigus. Certes la parole s'est libérée et la sexualité et l'intimité sont abordés plus facilement. Mais si elle est parlée, la sexualité est rarement expliquée [1].

D'une part, le rôle des sages-femmes concernant la sexualité est évident de par notre présence en pré, per et post-partum. Mais au cours de mes stages, j'ai remarqué que ce thème est très peu abordé voire oublié. En effet, lors d'un stage en consultation, j'ai rencontré en visite post-natale une patiente avec une béance vaginale assez importante. Quand nous avons évoqué la question des rapports sexuels, la patiente nous a répondu « Mon partenaire ne me ressent plus alors nous ne faisons plus l'amour ». Notre échange s'est arrêté là, or nous aurions sûrement dû approfondir le sujet avec la patiente, afin de lui proposer un accompagnement. D'autre part, notre rôle dans la sexualité est de plus en plus évident suite à l'élargissement de nos compétences, qui nous permettent d'avoir un rôle de plus en plus actif dans la santé génésique des femmes [2].

La santé génésique est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme : « *la santé qui s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent* » [3].

Cette revue de la littérature a pour but de mettre en évidence les facteurs qui peuvent influencer la reprise de la sexualité du post-partum et voir quel accompagnement les sages-femmes peuvent mettre en place auprès des femmes en difficulté. Comment nous pouvons les aider à retrouver leur place de « femme » et pas seulement de « mère ».

De ce souhait est née la problématique suivante : comment l'identification des facteurs qui entravent la reprise de la sexualité après l'accouchement permet à la sage-femme de développer un accompagnement personnalisé ?

Puis les objectifs suivants : évaluer la reprise des rapports sexuels dans le post-partum et analyser la sexualité des femmes dans le post-partum afin de déterminer le rôle de la sage-femme dans la sexualité.

Et enfin ces hypothèses : les patientes qui bénéficient d'une césarienne ont plus de facilité à la reprise des rapports sexuels ; les patientes qui allaitent leur bébé éprouvent moins de désir pour

la sexualité et reprennent plus tardivement les rapports sexuels ; les patientes qui bénéficient d'une épisiotomie, d'une déchirure périnéale ou d'une extraction instrumentale ont plus de difficultés à reprendre une activité sexuelle.

Dans un premier temps, je définirai les différents concepts inhérents à la sexualité et à l'élaboration de ma problématique : les principaux éléments de la sexologie, le post-partum et l'accompagnement personnalisé.

Puis, je ferai une analyse des données de la littérature nationale et internationale, concernant les facteurs pouvant influencer la sexualité du post-partum.

Enfin, j'analyserai et discuterai les résultats de la revue de la littérature dans le but de proposer des axes d'amélioration pour la pratique professionnelle des sages-femmes.

Partie 1

1. ELEMENTS DE SEXOLOGIE

1.1. HISTORIQUE DE LA SEXUALITE

Le sujet de la sexualité prend une place de plus en plus importante au fil des siècles. Il reste néanmoins un sujet sensible et délicat à aborder, même de nos jours. Dans cette partie nous allons voir quelques éléments concernant l'histoire de la sexualité.

1.1.1. Du XVII^e siècle au XIX^e siècle

Au cours de la seconde moitié du XVII^e siècle, la médecine découvre le fonctionnement des organes reproducteurs féminins et leurs distinctions par rapport aux organes reproducteurs masculins [4].

A cette époque, la sexualité prend un tout autre aspect ; « *désirer, s'accoupler et jouir ne sont plus seulement des ruses de la nature* » pour inciter à la reproduction, mais un aspect spécifique de la vie psychique et physique des individus [4].

L'apparition du mot « sexualité » en Occident a lieu au XVIII^e siècle, dans sa forme moderne. En effet, avant cette période il n'existe pas de littérature sur la sexualité, en dehors de ce que l'on nomme des « *écrits érotiques circulants sous le manteau* » [4].

Le XIX^e siècle est celui de la « *répression de la libido* », l'orgasme y est considéré comme « *une dépense qu'il convient de limiter au strict minimum* ». Lors de cette période la médecine met en évidence ce qu'elle qualifie de « *troubles de la sexualité* », tels que l'enfant masturbateur, la femme hystérique ou encore l'individu déviant. A cette époque, la médecine tente de mesurer les effets d'une insuffisance ou d'un excès de sexualité afin de les corriger ou les condamner. Le fait que la médecine s'empare de ce sujet qu'est la sexualité, en crée un champ nouveau de préoccupations, qui prépare celui du XX^e siècle beaucoup plus libéral. La sexualité deviendra au même titre que la diététique ou le sport une véritable préoccupation pour l'homme et la femme moderne [5].

1.1.2. Du XX^e siècle à nos jours

La sexologie en France s'est développée à partir de 1931, grâce à la création de l'Association d'Etudes Sexologiques, sous l'influence du docteur Edouard Toulouse. A la même époque, Angelo Hesnard qui a contribué à l'introduction de la psychanalyse en France, publie son « *Traité de sexologie normale et pathologique* » [6].

Pendant les années 1950, le plaisir féminin trouve enfin sa place et de grands tabous sont levés comme la contraception, l'avortement, la procréation artificielle. A cette époque, la masturbation, l'homosexualité et les pratiques « *spéciales* » ne sont plus des « *troubles médicaux* », comme vu précédemment [6].

Au cours des années soixante, le docteur Georges Valensin publie une œuvre qui recouvre les aspects médicaux, psychologiques, sociologiques et culturels de la sexualité et élabore en 1964 une première version de la « santé sexuelle ». Elle prend en compte la vie sexuelle des jeunes, la sexualité du couple avec ses aspects érotiques et reproductifs, l'homosexualité et la contraception [6].

Au milieu des années soixante-dix, la sexologie connaît un renouveau en France comme l'explique le chercheur français Alain Giami, notamment dans le contexte de la mise sur le marché de la contraception orale et la libéralisation de l'avortement. En 1966, Masters et Johnson sexologues américains publient « Human Sexual Response » (traduit en français en 1968). Cet ouvrage a constitué une « révélation » pour les fondateurs de la sexologie en France du fait de sa centration sur la fonction érotique [6].

En 1974, la Société Française de Sexologie Clinique est fondée par cinq médecins (Charles Gellman, Michel Guenkine, Gilbert Tordjemann, Gerard Vallès et Jacques Waynberg). Elle constitue une société savante et un institut de formation à la fois [6].

L'irruption du sida en 1980 a mis un frein à l'idée que l'acte sexuel pouvait être aussi dénué de conséquences « qu'une poignée de main ». Enfin malgré un régime plus libéral, les droits de l'individu sont « *limités, là où débutent ceux des autres* » [4].

Au fur et à mesure des siècles, la justice a pris place dans la sexualité. Cette dernière ne fait plus seulement partie de l'histoire personnelle, de l'intimité des individus, notamment avec la reconnaissance du viol conjugal : par un arrêt de la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation, en date du 5 septembre 1990 ; n° de pourvoi 90-83786 [7]. Cet arrêt est suivi d'une loi : la loi n°2006-399 du 4 avril 2006, qui annonce la punition aggravée du viol conjugal et permet d'assurer la protection des plus faibles contre les rapports forcés [8].

Cette partie nous permet de remarquer que la sexualité est un sujet en constante évolution depuis des siècles et aujourd'hui encore.

1.2. DEFINITION DE LA SEXUALITE

Le mot « *sexualité* » est un mot à l'origine savant et il est devenu un mot du langage courant au fil des siècles [5] ; ce qui explique que l'on trouve diverses définitions du mot « *sexualité* ».

En effet, l'OMS évoque « *la santé sexuelle* » qui fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble [9]. L'OMS définit la santé sexuelle comme : « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités* ». L'OMS indique

aussi que : « *la santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés* ».

Le dictionnaire français Larousse, définit la sexualité comme : « *un ensemble de phénomènes sexuels ou liés au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant* » ou encore comme « *l'ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle* » [10].

1.3. DEFINITION DU DESIR

Une des composantes essentielles de la sexualité est le désir. D'après le dictionnaire français Larousse, le désir correspond « *à l'action de désirer, d'aspirer à avoir, à obtenir, à faire quelque chose* » ou « *à l'élan physique conscient qui pousse quelqu'un à l'acte ou au plaisir sexuel* » [11].

Le désir sexuel est un des concepts les plus complexes et mystérieux de la sexualité humaine. Il existe différents types de désir sexuel [12].

Premièrement le désir sexuel « *physiologique* » qui correspond à un cocktail d'hormones et de stimuli sensoriels (visuel, auditif, olfactif, toucher, goût) qui donne l'envie d'avoir des relations sexuelles. Il fait appel à nos instincts de base de procréer et également d'obtenir une satisfaction physique de plaisir [12].

Secondairement le désir sexuel « *émotionnel* » plus complexe que le précédent, car il est influencé par de nombreux aspects à divers degrés pour chacun. La distinction à faire avec la catégorie précédente est l'élément sentimental, qui n'est pas relié forcément à une personne. Par exemple un des types du niveau émotionnel est le désir sexuel motivé par l'envie d'avoir un enfant, qui peut disparaître une fois la famille construite. Un autre type est le désir de « *pénétrance* », il est motivé par un élan d'avoir des relations sexuelles où la pénétration y est présente et centrale à l'activité. Il existe aussi le désir sexuel « *affectueux* » comblé quand nous faisons l'amour avec un partenaire de manière tendre et douce [12].

1.4. LA SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE

Avant d'aborder la sexualité du post-partum, il semble nécessaire de faire un point sur la sexualité au cours de la grossesse.

Dans une méta-analyse de 59 études réalisée en 1999, K. Von Sidow rapporte que 82% des femmes pensent qu'il est possible d'avoir des rapports sexuels tout au long de la grossesse [13].

La grossesse est un événement bouleversant dans la vie de la femme, de l'homme et du couple. Elle induit de nombreux changements physiques, psychiques et est souvent la source de multiples questionnements pour le couple. Il nous apparaît évident que si la grossesse est la source de tant de questions, de changements, alors l'impact sur la sexualité du couple en est certain [14].

La grossesse est souvent divisée en trimestres pour parler de sexualité [14] :

- Le premier trimestre est marqué essentiellement par les changements physiques et les « maux » de la grossesse, tels que les nausées ou les vomissements.

La découverte de la grossesse, des conséquences liées à l'état gravidique, les premières modifications physiques et les premières questions viennent bouleverser le quotidien du couple et de ce fait leur sexualité.

Cette période serait moins encline au désir et à la sexualité. La fréquence des rapports sexuels serait diminuée de 20% au premier trimestre de la grossesse.

- Le deuxième trimestre et la première moitié du troisième trimestre seraient les périodes les plus propices à la sexualité. La femme s'approprie son nouveau corps et l'homme s'habitue progressivement aux changements. Certaines modifications peuvent même être perçues positivement par le couple, telles que l'augmentation en volume de la poitrine ou la vasocongestion pelvienne en tant que facilitateur du repérage de l'excitation génitale. Pendant cette période l'abdomen n'est pas encore un « obstacle » aux rapports sexuels.

- A la fin de la grossesse (le troisième trimestre), les transformations physiques importantes peuvent affecter le désir et la sexualité du couple. L'augmentation en volume de l'abdomen ou la perception des mouvements du fœtus peuvent être des éléments perturbateurs de la sexualité en fin de grossesse. La présence « évidente » du bébé peut perturber le couple mais aussi la peur de provoquer l'accouchement par les rapports sexuels. Effectivement, la peur de l'accouchement prématuré déclenché par les rapports sexuels est l'une des craintes principales du couple et peut être un frein à la sexualité.

D'après J. Waynberg, les situations qui contre-indiquent les rapports sexuels pendant la grossesse, sont : la menace d'accouchement prématuré sévère, les placentas bas insérés hémorragiques et la Rupture Prématurée des Membranes (RPM) [15].

Il est important de noter que ces données sont des données générales et peuvent être différentes d'une femme à l'autre. Le schéma de l'évolution de la sexualité au cours des trimestres n'est pas le même pour toutes les femmes, des variations sont possibles. Par exemple, chez certaines la libido peut être toujours diminuée au cours du deuxième et du troisième

trimestre.

Le type de rapports sexuels ne serait pas modifié par la grossesse ; il existe tout de même une diminution des rapports vaginaux avec la progression de la grossesse. Ils seraient plus espacés et souvent substitués par des rapports buccaux ou des caresses pendant la grossesse [14].

Pour Masters et Johnson, la parité et le trimestre influent sur les réactions sexuelles de la grossesse [16].

La sexualité au cours de la grossesse peut être vécue de manière très différente selon les femmes, les couples. Pour certains, elle peut en être totalement bouleversée : un nouvel épanouissement ou au contraire un facteur limitant ; d'autres ne ressentiront peu voire aucun changement [14]. La sexualité et la grossesse peuvent être sources de questionnements pour les couples. En tant que sage-femme, il est important d'en parler aux patient(e)s afin de leur fournir des informations, si besoin.

2. LE POST-PARTUM

2.1. LA DEFINITION DU POST-PARTUM

Le « post-partum » a fait débat pendant plusieurs années, c'est pourquoi il en existe plusieurs définitions.

Pour le dictionnaire français Larousse, le post-partum correspond à « *la période qui s'étend de l'accouchement au retour de couches ou la réapparition des règles* » [17].

L'OMS le désigne comme étant « *la période néonatale, les vingt-huit premiers jours suivant la naissance de l'enfant* » [18].

Même si elle n'est pas reconnue officiellement, la période qui correspond au post-partum est censée s'achever six semaines après l'accouchement. Cette période est définie dans plusieurs pays, où les quarante jours sont nécessaires au rétablissement de la mère et l'enfant et au retour du corps à son état non gravide.

La période du post-partum « *s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, en principes six à huit semaines après l'accouchement. L'OMS parle de morbidité et mortalité postnatale jusqu'au quarante deuxième jours après l'accouchement* » [18].

2.2. LA SEXUALITE DU POST-PARTUM

Après l'accouchement, le retour à une intimité sexuelle n'est pas toujours évident. La fatigue, la douleur, l'appréhension et d'autres sentiments se bousculent et rendent délicate la reprise d'une activité sexuelle. La période du post-partum est pleine de bouleversements physiques, psychiques, familiaux et est une période à risque qui mérite une attention toute

particulière.

Le retour de couches signale le retour à la vie sexuée de la femme. Il a lieu entre six à huit semaines après l'accouchement quand la femme n'allait pas et lors de l'arrêt de l'allaitement, dans le cas d'un allaitement maternel [19].

Une étude concernant les effets de la grossesse et de l'accouchement sur la fonction sexuelle, menée par Anne Marie Connolly, rapporte qu'à six semaines après l'accouchement 57% des femmes ont repris une activité sexuelle ; 82% à douze semaines et enfin 90% à vingt-quatre semaines. Seulement 14% des femmes et 12% des hommes ont rapporté ne pas avoir eu de difficultés sexuelles après la naissance. La reprise de la sexualité se produit environ six semaines après l'accouchement et est un sujet préoccupant pour la majorité des couples [20].

Quand peut-on reprendre une activité sexuelle après un accouchement ?

Il n'y a pas de période obligatoire à respecter pour reprendre une activité sexuelle [21]. Les sages-femmes conseillent généralement aux femmes d'attendre de se sentir prêtes, ainsi que leur partenaire. Il ne faut pas se fixer de « date » pour la reprise de la sexualité, mais simplement attendre d'en avoir l'envie.

Pourquoi le retour à la sexualité après un accouchement est-il parfois difficile ?

Une baisse de la libido est quasiment inévitable après une grossesse et un accouchement [21]. Elle est due essentiellement aux modifications hormonales qui influencent l'endocrinologie, la biologie et de ce fait la libido, mais également à l'enfant qui demande de l'attention et de l'énergie aux parents.

Si le retour à une activité sexuelle tarde, quand faut-il consulter ?

Selon Caroline Le Roux [21], psychologue et sexologue, les couples peuvent s'orienter vers un professionnel de la sexualité (sexologue) à partir de six mois. Il n'y pas lieu de consulter avant, car en général les premiers mois après la naissance, la femme développe un lien fusionnel avec son bébé et n'est pas « disponible » pour une thérapie.

2.3. LES FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA SEXUALITE DU POST-PARTUM

A présent nous allons voir quelques-uns des facteurs qui peuvent influencer la reprise d'une sexualité épanouie après un accouchement. Ces facteurs peuvent être des freins, mais il ne faut pas en faire une généralité ; effectivement cela peut varier d'une patiente à une autre.

2.3.1. Le mode d'accouchement

Le mode d'accouchement est un des facteurs à prendre en compte dans l'analyse de la sexualité du post-partum. Il existe différents modes d'accouchement : l'accouchement voie basse non instrumentalisé ; l'accouchement voie basse instrumentalisé (ventouse, forceps ou spatules) et la césarienne programmée ou en urgence.

Pendant neuf mois, le corps de la femme subit de nombreux changements (augmentation du poids, augmentation du débit cardiaque, augmentation des besoins en oxygène, augmentation du volume plasmatique, ...) afin d'y « loger » le fœtus. L'accouchement est le point culminant de ces neuf mois, mais il ne signifie pas que le corps de la femme retrouve son état non gravide immédiatement. En effet, il faut environ six à huit semaines au corps pour retrouver son état physiologique [14].

Les femmes pendant neuf mois imaginent, rêvent, idéalisent la naissance de leur bébé ou au contraire elles angoissent et pensent au pire. Au sujet de l'accouchement, il existe de nombreuses idées reçues véhiculées par l'histoire, par les mères à leurs filles... Telles que : « *plus on a d'enfants plus on accouche vite* » ; « *un premier accouchement c'est forcément long* » ; « *accoucher par voie basse, c'est l'idéal* » ; « *la césarienne ça préserve le périnée et donc les femmes ont plus de facilité à reprendre une vie « normale » et donc une activité sexuelle* ». Nous analyserons plus tard certaines d'entre elles.

2.3.2. L'épisiotomie

L'épisiotomie est « *une intervention chirurgicale qui consiste à sectionner la muqueuse vaginale et les muscles superficiels du périnée, afin d'agrandir l'orifice de la vulve et de faciliter l'expulsion du fœtus lors de l'accouchement par voie basse* » [22].

Les femmes ayant bénéficié d'une épisiotomie au cours de leur accouchement, peuvent développer un blocage concernant cette cicatrice et donc peut-être un blocage concernant la sexualité du post-partum. Cette cicatrice peut « faire peur », mais elle ne présente aucune contre-indication aux rapports sexuels, il est important de l'expliquer aux patientes. La patience, la communication au sein du couple permettront de surmonter cet obstacle à la reprise de la sexualité, s'il en est un [21].

2.3.3. L'allaitement maternel

Le fait d'allaiter son enfant, peut influencer la sexualité du couple. En effet, les femmes qui allaitent sécrètent une hormone : la prolactine, qui a des effets inhibiteurs sur le désir. L'allaitement crée une « hyperprolactinémie » qui empêche le réveil de la fonction ovarienne, ce

qui retarde le retour de couches et de ce fait le retour à un climat hormonal plus favorable à l'activité sexuelle. Il existe aussi chez la femme allaitante une inhibition de la sécrétion d'œstrogène, de progestérone, et de testostérone pendant la période de l'allaitement. Ce qui explique que pour certaines femmes la montée du désir peut être plus lente, moins intense et la lubrification moins importante [23].

La question de la « *fonction* » du sein se pose également. Dans la société actuelle, le sein a surtout une fonction sexuelle et est une zone érotique. L'allaitement lui donne une toute autre fonction : la fonction nourricière, qui peut poser problème au sein du couple. En effet, la femme peut développer un blocage concernant cette nouvelle double fonction du sein et développer des difficultés à retrouver une sexualité épanouie. La kinésithérapeute spécialisée en uro-gynécologie Laure Mourichon, l'évoque notamment en spécifiant que : « *Certaines femmes sont très étonnées et culpabilisées par les sensations qu'elles ressentent lors de l'allaitement. C'est une réelle stimulation génitale, excitation sexuelle qui peut les conduire à l'orgasme* » [24]. Elles se sentent alors comblées par leur enfant et plutôt indisponibles pour une sexualité avec leur partenaire. L'homme peut également développer cette difficulté, mais dans son cas c'est plus rare, il peut même développer de l'excitation face à cette double fonction [23]. De plus, l'existence de possibles écoulements de lait au moment des rapports sexuels peut être un frein pour certaines femmes.

Un des rôles essentiels de la sage-femme est l'accompagnement des femmes : lors du travail et jusqu'à l'accouchement, pendant l'allaitement maternel mais aussi dans leur intimité.

3. L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

3.1. QUELQUES DEFINITIONS

Dans le dictionnaire Larousse, « *l'accompagnement* » est un nom masculin qui correspond « *à l'action d'accompagner quelqu'un dans ses déplacements ; travail de l'accompagnateur* » [25].

Il est nécessaire de définir le verbe « *accompagner* ». Il peut se définir de plusieurs manières d'après le dictionnaire français Larousse : « *être avec quelqu'un, lui tenir compagnie ; servir de guide à quelqu'un, ou à un groupe ; aller avec quelqu'un dans un lieu ; ou être associé à un acte, un état, s'y ajouter, aller de pair avec* » [26].

La définition commune du verbe « *accompagner* » est : *se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui.*

Au fur et à mesure du temps, l'accompagnement a pu revêtir divers aspects.

3.2. L'ACCOMPAGNEMENT

Le terme d'accompagnement pour Maela PAUL est « *Un terme irritant. Irritant, car véritable fourre-tout* ». Effectivement, il peut renvoyer à l'accompagnement de la fin de vie, à la conduite accompagnée, à la recherche d'un emploi ou encore au partage d'un moment [27].

L'accompagnement a été introduit dans le secteur médical, grâce aux soins palliatifs dans les années 1960-1970. Il est employé pour désigner « *un projet de soins et spécifier autant une attitude qu'une relation avec le malade, une conception du soin reposant sur la reconnaissance de la personne comme être humain à part entière* » [27]. Au sein du secteur médical, on distingue quatre pratiques qui participent de l'accompagnement : les accompagnements de « la naissance à la mort », l'accompagnement de la vie dans sa vie (s'adresse à tous), les groupes de soutien et accompagnement des professionnels (pour les professionnels), l'accompagnement des établissements [28].

L'accompagnement dans le champ de la santé pose la question de la reconnaissance de la personne humaine. Le but principal de l'accompagnement en santé d'après Fiorentino est « *faire en sorte qu'à chaque étape de la vie l'on puisse jouir de tous ses moyens* » [28].

Maela PAUL explique également, qu'on ne peut réduire l'accompagnement à un mode uniforme, « *qu'il désigne tant une fonction qu'une posture, renvoyant à une relation et à une démarche qui, pour être spécifiques, n'en sont pas moins vouées à devoir s'adapter à chaque contexte et chaque matrice relationnelle* ».

L'accompagnement est lié de près à l'éthique, de par la relation de personne à personne, la composante humaine qui tient une place essentielle dans l'accompagnement. Enfin, il est lié essentiellement à la communication.

3.3. LA COMMUNICATION

Elle est définie par le dictionnaire Larousse comme « *l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal par un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* » [29].

La communication est souvent présentée sous forme de schéma dit « *schéma de Shannon* ». Pour construire ce schéma il faut être au minimum deux : un émetteur qui envoie un message et un récepteur qui le reçoit. D'autres éléments entrent en jeu : le message lui-même et le canal sensoriel utilisé pour le transmettre.

Il existe différents types de communication : verbale où les mots et le langage sont nécessaires ; para-verbale qui correspond au rythme, intonations, volume et également non verbale qui permet le partage entre deux personnes d'éléments signifiants sans l'emploi de la

parole, elle vient souvent en complément de la communication verbale [30].

Une des techniques principales de communication est **l'écoute active** selon Carl Rogers, un psychologue américain. Elle consiste à employer le questionnement et la reformulation afin de s'assurer de la compréhension exacte du message de son interlocuteur et de lui démontrer. Cette technique se caractérise par la manifestation d'un respect et une confiance envers l'interlocuteur afin qu'il brise ses défenses et s'exprime librement. Pour Rogers, elle ne sert à rien si « *l'écoutant* » ne met pas en place une attitude mêlant authenticité et compréhension, sans interpréter ou juger. Savoir écouter pour Rogers repose sur cinq principes : l'accueil ; être centré sur ce que l'autre vit et non sur ce qu'il dit ; s'intéresser à l'autre plus qu'au problème lui-même ; montrer à l'autre qu'on le respecte et être un véritable miroir [31].

La positivité de cette technique permet de libérer une énergie qui pourra être aisément réinvestie dans la tâche à accomplir [31].

Partie 2

1. ANALYSE DES DONNEES DE LA LITTERATURE NATIONALE ET INTERNATIONALE

Les sages-femmes ont une place importante au sein de l'intimité des couples par : le suivi de la grossesse ; la préparation à la naissance ; l'accouchement ; les suites de couches ; la visite post-natale et la rééducation périnéale.

La consultation post-natale a lieu généralement six à huit semaines après la naissance aux côtés d'une sage-femme le plus souvent. Différents sujets sont évoqués : l'allaitement, les douleurs, le rythme, la fatigue, le bébé, la contraception et enfin la sexualité. Une question essentielle lors de cet entretien est : « Avez-vous repris une activité sexuelle depuis votre accouchement ? ».

2. METHODOLOGIE

2.1. PROBLEMATIQUE

De mon expérience en tant qu'étudiante sage-femme et de l'analyse de la littérature est née cette problématique : comment l'identification des facteurs qui entravent la reprise de la sexualité après l'accouchement permet à la sage-femme de développer un accompagnement personnalisé ?

2.2. LES OBJECTIFS

2.2.1. L'objectif principal

L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer la reprise des rapports sexuels dans le post-partum.

2.2.2. L'objectif secondaire

L'objectif secondaire de l'étude a été d'analyser la sexualité des femmes dans le post-partum afin de déterminer le rôle de la sage-femme dans la sexualité.

2.3. LES HYPOTHESES

Les hypothèses ont été les suivantes : les patientes qui bénéficient d'une césarienne ont plus de facilité à la reprise des rapports sexuels ; les patientes qui allaitent leur bébé éprouvent moins de désir pour la sexualité et reprennent plus tardivement les rapports sexuels ; les patientes qui bénéficient d'une épisiotomie, d'une déchirure périnéale ou d'une extraction instrumentale ont plus de difficultés à reprendre une activité sexuelle.

2.4. LES CRITERES

2.4.1. Le critère de jugement principal

Le critère de jugement principal a été : les femmes ressentent des douleurs à la reprise des rapports sexuels après un accouchement.

2.4.2. Les critères de jugement secondaires

Les critères de jugements secondaires de l'étude ont été : les femmes césarisées ont moins ou pas de douleurs périnéales et reprennent plus facilement les rapports sexuels ; les femmes qui allaitent leur bébé accordent moins d'importance et de temps à la sexualité ; en l'absence d'épisiotomie, de déchirure ou d'extraction instrumentale les femmes ont moins de douleurs donc moins d'appréhension.

2.4.3. Les critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion

L'étude a inclus : les primipares et multipares, les grossesses physiologiques et pathologiques, les grossesses simples et multiples. Les interruptions volontaires et médicales de grossesse et les fausses couches tardives ont été non-incluses. Enfin, ont été exclues : les patientes ayant bénéficié d'un suivi psychiatrique pendant la grossesse ou dans le post-partum.

3. PRESENTATION DES ETUDES SELECTIONNEES

3.1. ETUDE A

« La reprise de la sexualité pas plus facile après une césarienne. »

Une chercheuse australienne, Ellie Mc Donald [32] a publié en 2015 les conclusions d'une enquête de cohorte menée auprès de 1244 parturientes : toutes primipares, interrogées à 3, 6, 12 et 18 mois après l'accouchement.

3.1.1. L'objectif

L'objectif de cette étude a été d'analyser le lien entre le mode d'accouchement et la souffrance éprouvée lors des rapports sexuels dans le post-partum.

3.1.2. Les résultats

Parmi les patientes : 49% ont accouché par voie basse spontanée ; 10,8% ont bénéficié de l'aide de la ventouse ; 10,6% des forceps ; 9,7 % d'une césarienne programmée et 19,9% d'une césarienne en urgence.

Concernant la reprise des rapports sexuels, 78% de la population étudiée avait repris dans les trois mois suivant l'accouchement ; 94% dans les six mois et 97% dans les douze mois. Parmi

ces 97% : 85,7% ont fait état de douleurs lors du premier rapport, dont un tiers se plaignaient de douleurs persistantes à dix-huit mois.

En conclusion, Ellie Mc Donald a montré que les douleurs lors des rapports sexuels ont été très répandues après un accouchement et visiblement persistantes. Elle a montré également qu'en comparaison avec les femmes ayant accouché par voie basse sans épisiotomie ou déchirure suturée, les femmes ayant subi une extraction instrumentale ou une césarienne ont été deux fois plus nombreuses à éprouver des douleurs lors des relations sexuelles dix-huit mois après la naissance.

3.2. ETUDE B

« Cesarean and postpartum genito-sexual disorders. »

« Césarienne et troubles génito-sexuels. »

Le Professeur Xavier Fritel a réalisé une revue de la littérature en 2009 [33], dont l'objet d'étude a été : la prévalence et la prévention des troubles génito-sexuels consécutifs à l'accouchement.

3.2.1. L'objectif

L'objectif de cette revue a été d'examiner le lien entre le mode d'accouchement et les troubles de la fonction sexuelle.

3.2.2. Les résultats

D'après l'analyse des diverses études par Xavier Fritel, la prévalence des douleurs dans le post-partum immédiat a été de 20 à 50% et leur durée d'environ quatre mois. La déchirure périnéale a été un facteur de risque pour les troubles génito-sexuels dans le post-partum immédiat.

En conclusion, ces différentes études ont rapporté qu'à distance de l'accouchement, il n'existait pas de différence entre les femmes accouchées par césariennes et les femmes accouchées par les voies naturelles concernant la prévalence des troubles génito-sexuels. La césarienne n'a pas semblé apporter de protection contre les troubles génito-sexuels.

3.3. ETUDE C

« La sexualité du post-partum : accouchement avec épisiotomie versus accouchement sans épisiotomie. »

Samouh et al, [34] ont proposé une étude prospective comparative. Elle a été réalisée au sein du service de gynécologie – obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Ibn ROCHD de Casablanca, de décembre 2009 à septembre 2010. Cette étude a été menée sur 100 femmes réparties en deux groupes :

Groupe 1 : Accouchement voie basse sans épisiotomie

Groupe 2 : Accouchement voie basse avec épisiotomie

L'étude a été menée par des entretiens téléphoniques et questionnaires en pré-partum, à trois mois et douze mois du post-partum. Cette étude a pour but d'évaluer six paramètres : fréquence des rapports sexuels, désir, lubrification, orgasme, dyspareunies et médication.

3.3.1. L'objectif

Le but a été de comparer la sexualité du post-partum en fonction de la réalisation ou non d'une épisiotomie.

3.3.2. Les résultats

Concernant cette étude, la moyenne d'âge de l'échantillon étudié a été de 25,98 ans. La durée moyenne de reprise de la sexualité a été de 48,16 jours pour le groupe 1 (accouchement par voie basse sans épisiotomie) versus 82,5 jours pour le groupe 2 (accouchement par voie basse avec épisiotomie) ; avec une valeur $p= 0,01$.

Concernant la fréquence des rapports sexuels, elle a été qualifiée de « régulière » pour le groupe 1 versus « altérée » pour le groupe 2 : une baisse significative avec une valeur $p= 0,0004$. La fréquence des rapports sexuels n'a pas été altérée par l'épisiotomie, car la différence n'a pas été significative.

Par rapport au désir sexuel, il a été « conservé » pour le groupe 1 versus « détérioré » pour le groupe 2. Pour le groupe 2 : 68% avant la grossesse versus 28% dans le post-partum. La différence a été significative entre les deux groupes concernant la fréquence du désir sexuel ($p= 0,001$).

L'étude a rapporté que la lubrification serait moins bonne dans le post-partum, pour 10% des patientes du groupe 1 versus 48% des patientes du groupe 2 ; avec une valeur $p= 0,00002$.

Concernant l'orgasme et sa fréquence (jamais, une fois sur trois, une fois sur deux toujours), il a été constaté une augmentation en fréquence pour le groupe 1 : 56% avant la grossesse versus 68% dans le post-partum. Pour le groupe 2, il a été constaté une diminution en fréquence et en intensité : 68% avant la grossesse versus 40% dans le post-partum. La valeur p a été inférieure à 0,05, la différence a donc été statistiquement négative. Effectivement dans le

groupe 2, l'orgasme aurait été atteint moins fréquemment.

Les dyspareunies ont été analysées, lors des premiers rapports sexuels elles ont été présentes pour 14% des patientes du groupe 1, versus 88% des patientes du groupe 2 ; avec une valeur $p < 10^{-6}$. Les dyspareunies au-delà de trois mois du post-partum ont été de 12% pour le groupe 1, versus 18% pour le groupe 2.

Un autre paramètre a été analysé : la qualité de la vie sexuelle. Elle a été qualifiée de « satisfaisante » à 78% pour le groupe 1 versus 54% pour le groupe 2 ; « moyenne » à 16% versus 30% ; « médiocre » à 6% versus 16%. La différence a été statistiquement significative avec une valeur $p = 0,01$.

La demande d'information ou d'aide concernant la sexualité a été de 12% pour le groupe 1 versus 72% pour le groupe 2.

En conclusion de cette étude, il a été prouvé un effet délétère de l'épisiotomie sur la sexualité du post-partum et différents paramètres ont été altérés : la durée de la reprise de la sexualité, le désir, la lubrification, l'orgasme et la qualité de la vie sexuelle.

3.4. ETUDE D

« Breastfeeding and sexuality immediately post-partum. »

« Allaitement maternel et sexualité immédiatement après l'accouchement. »

Cette étude a été menée par Rowland et Al, [35] au sein de 11 cabinets d'obstétriciens, dans trois localités ontariennes entre août et décembre 2002. Une enquête prospective auprès de 316 femmes participant à leur première consultation post-partum. Le principal paramètre étudié a été : la reprise des rapports sexuels vaginaux.

3.4.1. L'objectif

L'objectif de l'étude a été d'établir la relation entre ces comportements et les facteurs âge, parité, situation matrimoniale, type d'accouchement et usage de contraceptifs et d'examiner la relation entre l'allaitement maternel et la reprise des rapports sexuels vaginaux. Un autre objectif de l'étude a été d'identifier les facteurs associés à la reprise des rapports sexuels chez les Canadiennes ayant accouché récemment.

3.4.2. Les résultats

Concernant l'âge moyen des 316 répondantes à l'étude, il a été de 28,7 ans et de 6,5 semaines pour leur bébé.

La parité : elles ont été pour 50,3% des primipares et pour 32,6% des multipares.

Sur les 316 répondantes, 181 ont allaité soit 57,3% et 167 n'ont pas repris les rapports sexuels vaginaux, soit 52,8%.

La régression logistique multifactorielle a permis d'identifier cinq variables qui ont eu une association significative avec la reprise des rapports sexuels six semaines après l'accouchement. Les deux plus significatives ont été l'allaitement maternel et l'âge en semaine du bébé ; avec une valeur $p < 0,001$ pour les deux. Un autre facteur significatif : le mode d'accouchement (vaginal sans déchirure versus césarienne ou accouchement vaginal avec déchirure) ; avec une valeur $p = 0,003$.

Concernant les 167 femmes qui n'ont pas repris les rapports sexuels, il leur a été demandé leurs principales raisons : les 161 répondantes ont indiqué 215 raisons. Celles les plus fréquentes ont été : un manque d'intérêt (18,6%), une trop grande fatigue (16,8%), la crainte des rapports douloureux (16,8%), les conseils en ce sens du médecin (15,6%) et la croyance qu'elles devaient patienter six semaines (14,4%).

En conclusion de cette étude prospective, il a été observé que l'allaitement maternel a causé un retard significatif de la reprise de l'activité sexuelle comparé à l'allaitement artificiel, suivi de l'âge du bébé, la parité et le mode d'accouchement.

3.5. ETUDE E

« Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? »

« Le traumatisme spontané de l'appareil génital affecte-t-il la fonction sexuelle du post-partum? »

Cette étude a été menée par Rogers et Al en 2009, [36] et a été le fruit d'une collaboration entre le département d'obstétrique et gynécologie, la médecine familiale et le centre des sciences de la santé de l'Université du Nouveau-Mexique (UNM).

Elle a été une étude comparative, descriptive menée sur une cohorte de patientes ayant consenti à la documentation des traumatismes génitaux à la naissance et l'évaluation de la fonction sexuelle trois mois après l'accouchement. Les femmes qui ont bénéficié d'une épisiotomie ou une césarienne ont été exclues de l'étude. Cette évaluation a été réalisée à l'aide d'une échelle : « Intimate Relationship Scape » (IRS) ou « Echelle des relations intimes » composée de 12 items et son score peut varier de 12 à 60 (Annexe I). Plus le score a été faible, plus la vie sexuelle a été qualifiée de « pauvre ».

Les traumatismes ont été classés en différents groupes :

Les traumatismes mineurs : aucun traumatisme, ou traumatisme périnéal du 1^{er} degré ou

traumatisme non suturé.

Les traumatismes majeurs : 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} degré.

3.5.1. L'objectif

L'objectif de cette étude a été de déterminer l'impact de la présence et de la gravité du traumatisme génital spontané sur l'activité sexuelle et la fonction chez les femmes en bonne santé à faible risque, en utilisant un questionnaire spécifique validé.

3.5.2. Les résultats

De mars 2002 à décembre 2005, 576 patientes ont été sélectionnées pour participer à l'étude.

A trois mois, 58% (soit 326/576) ont répondu au questionnaire. Dans cette cohorte, la majorité des femmes ont eu une reprise de l'activité sexuelle à trois mois de l'accouchement et environ la moitié au bout de six semaines dans le post-partum.

Concernant cette étude, la majorité des femmes qui ont renoué avec une activité sexuelle ont subi un traumatisme génital : mineur pour 70% (soit 193/276) et majeur pour 30% (soit 83/276).

Les femmes qui ont subi un traumatisme majeur ont eu des efforts expulsifs plus longs et ont été essentiellement des primipares.

Concernant l'analyse du score IRS, les femmes sexuellement actives avec un traumatisme majeur ont eu un score plus faible par rapport aux femmes avec un traumatisme mineur : 33,5 +/- 6,4 versus 35,6 +/- 8,0, avec une valeur $p=0,02$.

Cette différence a été plus forte pour le sous-ensemble des femmes qui ont subi une suture périnéale contre celles qui n'en n'ont pas eu : 31,8 +/- 6,7 versus 35,5 +/- 7,6, avec une valeur $p=0,007$.

Les femmes ayant subi un traumatisme majeur ont été plus susceptibles de rapporter diverses raisons qui ont interféré avec les relations sexuelles : la fatigue, l'insatisfaction des rapports, moins de désir d'être touchées, caressées ou d'avoir des rapports sexuels. Elles n'ont pas été plus susceptibles que celles avec un traumatisme mineur de déclarer « plus ou beaucoup plus de douleurs » lors des rapports intimes : 38% versus 63% avec une valeur $p=0,06$. Mais elles ont rapporté « moins ou beaucoup moins » de satisfaction concernant leur apparence corporelle : 66% versus 47% avec une valeur $p=0,003$.

Une fois que l'analyse post hoc a été réalisée, une différence de 2,6 points entre les scores

IRS des deux groupes a été retrouvée (traumatismes majeurs et mineurs), avec 80% de puissance et un alpha à 0,05.

En conclusion, les scores globaux de l'IRS n'ont pas différé de manière significative entre les groupes, ni les taux d'activité sexuelle. Il a été relevé que ces scores ont été différents à court terme entre les deux groupes.

3.6. ETUDE F

« Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. »

« La fonction sexuelle après l'accouchement : les expériences des femmes, la morbidité et le manque de reconnaissance des professionnels. »

Glazener en 1997 [37], a proposé dans son étude écossaise longitudinale, une analyse par l'intermédiaire de questionnaires postaux transmis aux patientes : concernant leur expérience à l'hôpital, puis à huit semaines et entre douze et dix-huit mois par rapport aux événements ultérieurs. Les patientes ont été sélectionnées aléatoirement à « Grampian », région écossaise sur une période de douze mois.

3.6.1. L'objectif

L'objectif de cette étude a été de décrire le comportement sexuel dans le post-partum, en incluant la reprise des rapports sexuels, les problèmes rencontrés, la contraception et l'utilisation des services disponibles.

3.6.2. Les résultats

La population étudiée a reposé sur un échantillon aléatoire de 20% de toutes les patientes qui ont accouché entre juin 1990 et mai 1991.

Parmi les questionnaires envoyés (1391), 90% (soit 1249) ont répondu. Sur 1238 femmes traçables à huit semaines de la naissance, 90% (soit 1116) ont répondu à un nouveau questionnaire. Enfin la moitié des répondantes ont été contacté entre 12 et 18 mois après la naissance et 86% ont répondu (soit 438/512).

Concernant les douleurs périnéales, elles ont été rapportées par 42% des patientes dans la première semaine ; 22% à huit semaines et 10% par la suite. La douleur persistante après huit semaines a été souvent associée à un accouchement instrumentalisé : 30%, en comparaison avec un accouchement vaginal spontané : 7%.

Sur les 1116 répondantes à huit semaines, 1075 questionnaires ont été valides : 25% n'ont

pas tenté les rapports sexuels ; 5% ont essayé mais échoué et 71% ont eu des relations sexuelles. Le délai moyen de reprise de la sexualité a été de six semaines.

Des problèmes lors des relations sexuelles au cours des huit premières semaines après la naissance, ont été rapportés par 53% (569/1075) des femmes interrogées et par 49% (215/435) au cours de l'année suivante (Annexe II). Au moins un problème lors des rapports sexuels a été signalé par 43% (351/812) des femmes à huit semaines et 50% (204/407) à environ 18 mois. Les patientes ont signalé des douleurs périnéales, de la fatigue, de la dépression ou un manque d'intérêt pour les rapports sexuels.

Les femmes qui ont allaité ont été significativement moins intéressées par la sexualité. A deux mois ça a été la variable qui a influé le plus la sexualité, mais cet effet n'a pas persisté à long terme.

Le besoin d'aide vis-à-vis de la sexualité a été ressenti par 7 à 13% des patientes de l'étude. Pour les femmes qui ont demandé de l'aide, 38% ont signalé que leur problème n'a pas été résolu et 28% qu'il a été résolu partiellement.

Enfin 962 femmes ont donné des informations sur le suivi pendant leur séjour à la maternité. Bien que la contraception a été discutée avec la plupart des patientes de l'étude : pour 76%, les rapports sexuels ont été quant à eux moins mentionnés pour 34% des patientes de l'étude.

En conclusion de cette étude, les problèmes postnataux ont été fréquents. Les naissances par voie basse instrumentalisées ont été responsables de plus de difficultés persistantes que les naissances par voie basse non instrumentalisées.

3.7. ETUDE G

«Post-partum sexuality. Living in black African couple analysis. »

« La sexualité du post-partum. Analyse du vécu dans le couple noir africain. »

Kouakou et Al ont publié une étude en 2014 [38]. Il s'agit d'une étude de type attitudes et connaissances pratiques qui s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique et d'andrologie du CHU de Bouaké en Côte d'Ivoire, de septembre 2012 à avril 2013. L'étude a comporté deux étapes : un prétest pour valider le questionnaire (16 items) puis il a été soumis aux patientes lors de la visite post-natale.

3.7.1. L'objectif

L'objectif a été d'analyser le vécu de la sexualité des couples noirs africains dans le post-partum : connaître les opinions, pratiques, attitudes et recours du couple noir africain en matière de sexualité dans le post-partum.

3.7.2. Les résultats

Le questionnaire a été remis à un effectif de 395 patientes, il a comporté divers items : l'initiateur de la reprise des rapports sexuels ; l'effectivité de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement ; le motif ; la fréquence ; l'utilisation d'artifices sexuels ou encore les positions sexuelles.

Le mode d'accouchement : l'accouchement par voie basse normale a été le mode le plus fréquemment observé à 53,2% ; par extraction instrumentale à 15,2% ; par césarienne à 13,9%. Ceux qui ont été compliqués d'une déchirure vulvo-périnéale : 12,7%. L'épisiotomie lors des accouchements voie basse a été réalisée dans 29,1% des cas.

La reprise de la sexualité plus de six semaines après l'accouchement a été notée chez 35,4% des patientes enquêtées. L'initiateur de cette reprise a été le conjoint pour 65,87%. Les principales raisons évoquées pour accepter la reprise de la sexualité : le désir de satisfaire le conjoint (60,7%) et celui de maintenir l'harmonie du couple (57,14%).

L'étude a aussi permis de relever une baisse de la fréquence hebdomadaire des rapports sexuels chez 75% des patientes et une fréquence inchangée pour 25%. Les patientes ont justifié cette diminution par : plus de temps consacré au nourrisson (65,7%) ; les douleurs vulvo-périnéales (57,1%) et une baisse de la libido (19,04%).

Le coït anal a été plus régulièrement pratiqué après l'accouchement, soit 17,86% contre 3,57%. Il a aussi été relevé un changement de position au cours des rapports sexuels, chez 78,6%. La raison principale : les douleurs vulvo-périnéales à un taux de 77,3%.

Enfin les rapports sexuels ont été jugé moins satisfaisants après l'accouchement par 64,30% des patientes et plus satisfaisants par 7,2%. Les mœurs (64,7%) et l'absence du retour de couche (54,9%) ont constitué les principaux arguments au refus de la reprise des rapports sexuels.

En conclusion, l'accouchement a eu un impact négatif sur la reprise de l'activité sexuelle des couples. La reprise des rapports sexuels a été retardée par les pesanteurs socioculturelles et les idées préconçues. La sexualité a aussi été influencée par les complications de l'accouchement : les épisiotomies, les déchirures périnéales et les extractions instrumentales.

Partie 3

Après avoir présenté les différents concepts inhérents à la sexualité en première partie, la deuxième partie se proposait de poser le questionnement de recherche, les hypothèses et les diverses études se rapportant à la problématique de cette revue de la littérature. Enfin la troisième partie a pour but d'infirmer ou d'affirmer les hypothèses formulées au préalable et d'établir des propositions pour la pratique professionnelle des sages-femmes.

1. DISCUSSION DES RESULTATS

1.1. IMPACT DU MODE D'ACCOUCHEMENT SUR LA SEXUALITE

Il existe différents modes d'accouchement : l'accouchement par voie basse, avec ou sans extraction instrumentale, enfin la césarienne est aussi une possibilité. Chaque naissance est différente et nous pouvons rarement en prévoir le déroulement.

La première hypothèse soulevée est : « *Les patientes qui bénéficient d'une césarienne ont plus de facilité à la reprise des rapports sexuels* ».

L'étude A du docteur Ellie Mc Donald [32] rapporte que les femmes ayant eu une césarienne ou une extraction instrumentale sont deux fois plus nombreuses à éprouver des difficultés lors de la sexualité par rapport à celles ayant accouché par voie basse.

L'impact de l'extraction instrumentale sur la sexualité semble évident, cependant celui de la césarienne est plus inattendu. Il s'agit d'un résultat « contre-intuitif » d'après la chercheuse. En effet, d'après Ellie Mc Donald « *la plupart des personnes ont tendance à affirmer que la césarienne protège le plancher pelvien et donc à être associée à une moindre prévalence des troubles sexuels après la naissance* ». L'étude démontre qu'une femme sur trois ayant accouché par césarienne se plaint de douleurs persistantes dans les six mois qui suivent, et jusqu'à un an pour certaines d'entre elles. Très peu de recherches nous permettent de comprendre le mécanisme de cette conclusion.

Le docteur Ellie Mc Donald avance une hypothèse selon laquelle : « *la césarienne étant une intervention chirurgicale importante, il est possible que la douleur qui persiste dans les mois qui suivent soit d'origine musculaire ou nerveuse* » [32].

Dans l'étude B, le professeur Xavier Fritel avance une autre hypothèse [33]. D'après sa revue de la littérature, à distance de l'accouchement il n'y a pas de différence entre les femmes ayant accouché par voie basse et celles par césarienne concernant les troubles génito-sexuels. Cependant la césarienne ne semble pas apporter de protection face à ces troubles. Il note que « *les séquelles traumatiques ne sont pas rares même en l'absence de lésions anatomiques* » et avance une explication plus « *psychologique* » selon laquelle : « *de nombreuses femmes*

racontent que la césarienne leur a volé leur accouchement, et cela pourrait jouer sur la sexualité ».

L'analyse des diverses études trouvées dans la littérature nationale et internationale a permis d'infirmer l'hypothèse formulée précédemment : « Les patientes qui bénéficient d'une césarienne ont plus de facilité à la reprise des rapports sexuels ».

1.2. IMPACT DE L'ALLAITEMENT SUR LA SEXUALITE

Pour commencer, il faut avoir conscience d'un élément important : le taux d'allaitement français est l'un des plus bas au monde [39]. Les chiffres français reposent sur le dépouillement des certificats du 8^{ème} jour et les enquêtes périnatales. Ils sont fournis par la Direction de Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) : en 2002 le taux était de 56,2% et en 2013 de 66%. A titre comparatif, il est de 99% en Norvège et Suède, 92% en Suisse, 85% en Italie, 75% en Allemagne et 69% en Grande-Bretagne [39].

Il est important de noter que depuis quelques années le taux d'allaitement en France augmente, certes lentement mais régulièrement : 45,6% en 1995, 50% en 1999 et 54,5% en 2001.

Les éventuelles raisons de ce « retard » : le poids de l'histoire ; la place du « sein » dans la société actuelle : plutôt un côté érotique que nourricier ; le manque de formation des professionnels de santé ; la durée du congé maternité...

Pour rappel, l'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois, puis le début de la diversification alimentaire tout en poursuivant l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans voire plus en fonction du souhait parental [39].

Les patientes choisissent d'allaiter pour différentes raisons que j'ai découvertes au cours de mon expérience d'étudiante sage-femme, notamment lors de mon stage en secteur libéral. Lors de la séance sur l'allaitement maternel, nous demandions aux patientes les raisons qui leurs donnaient envie d'allaiter.

Le côté pratique a été cité à plusieurs reprises par les patientes : « *Je vois dans l'allaitement un côté pratique, car c'est toujours prêt, toujours chaud et à disposition* ». Le côté économique a été cité également, car il n'y a pas besoin d'acheter de lait en poudre, d'eau et ni de biberons. Le côté nutritif a aussi été soulevé, la plupart des patientes disent « *Mon lait c'est ce qu'il y a de mieux pour mon bébé* ». Enfin le dernier point cité régulièrement par les patientes a été ce « *lien particulier* » qu'elles peuvent créer avec leur enfant au cours de l'allaitement.

L'allaitement demande aussi une disponibilité et un dévouement tout particulier à son enfant. Pour être plus disponible, les mères en accord avec les pères choisissent souvent de

pratiquer le « co-sleeping » ou « co-dodo », qui consiste pour les parents à dormir avec son ou ses enfant(s) dans le lit ou à proximité [40]. Ce partage permet de limiter les déplacements pour les tétées et donc limiter la fatigue.

Lorsque les femmes allaitent, qu'en est-il de la sexualité ? L'hypothèse émise précédemment suppose que : « *Les patientes qui allaitent leur bébé éprouvent moins de désir pour la sexualité et reprennent plus tardivement les rapports sexuels* ».

L'étude D du docteur Mary Rowland [35] aborde ce thème et évoque la possibilité que l'allaitement peut avoir pour conséquence une diminution du désir.

Effectivement, les conclusions de cette étude rapportent que l'allaitement maternel cause un retard significatif de la reprise d'une activité sexuelle en comparaison avec l'allaitement artificiel. En effet, sur les 316 participantes : 181 allaitaient et 167 n'avaient pas repris les rapports sexuels vaginaux à six semaines, soit 52,7% de l'échantillon.

Pour quelles raisons ? Même si une des raisons principales pourrait être la présence du bébé dans la chambre, celle-ci ne fait pas partie des multiples raisons citées par les participantes, mais plutôt : le manque d'intérêt, une trop grande fatigue, la crainte de la douleur...

L'étude F sur les comportements sexuels dans le post-partum [37] rapporte des conclusions semblables à celles vues précédemment. Les questionnaires ont permis de montrer que les patientes qui allaitent ont un intérêt moindre pour la sexualité que celles qui donnent le biberon. Cette étude a aussi permis de montrer, qu'à deux mois du post-partum, l'allaitement est la variable qui influe le plus sur la sexualité, mais cet effet n'a pas persisté sur le long terme.

L'analyse des études nationales et internationales a permis d'affirmer l'hypothèse formulée à la base : « *Les patientes qui allaitent leur bébé éprouvent moins de désir pour la sexualité et reprennent plus tardivement les rapports sexuels* ».

1.3. IMPACT DES EPISIOTOMIES, DECHIRURES PERINEALES ET EXTRACTIONS INSTRUMENTALES SUR LA SEXUALITE

D'après l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016, le taux d'épisiotomie continue de diminuer de manière progressive [41]. Il a baissé très nettement depuis des années, passant de 71,3% chez les primipares et 36,2% chez les multipares en 1998 ; à 44,8% et 14,4% en 2010 ; enfin à 34,9% et 9,8% en 2016. Le taux d'épisiotomie général en France est passé de 27% à 20% de 2010 à 2016.

Cette diminution serait due en partie aux recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en 2005 de ne pas réaliser d'épisiotomie en systématique, en raison de l'absence de bénéfice dans la prévention des lésions sévères du

périnée. Il faut noter que cette diminution ne s'accompagne pas d'une augmentation de la fréquence des lésions périnéales sévères (périnée complet ou périnée complet compliqué).

Lorsqu'il n'est pas réalisé d'épisiotomie au cours d'un accouchement, il est tout de même possible d'avoir des déchirures périnéales. Ces dernières sont classées en différents degrés : les déchirures du premier degré ou simple (elles intéressent la peau, la muqueuse vaginale, le tissu conjonctif et parfois le plan musculaire superficiel); celles du deuxième degré ou déchirures complètes (elles touchent le sphincter anal) ; enfin les déchirures complètes compliquées ou du troisième degré (qui intéressent le sphincter anal et la muqueuse anale) [42].

Mais une fois l'accouchement passé, après avoir bénéficié d'une épisiotomie, d'une déchirure d'un quelconque degré ou encore d'une extraction instrumentale, qu'en est-il de la sexualité ? Est-elle inchangée ou complètement bouleversée ? Un bon nombre d'études se sont intéressées au sujet.

Sans analyser précisément l'impact de l'épisiotomie ou des déchirures, dans son étude A, Ellie Mc Donald rapporte que les douleurs lors des rapports sexuels après un accouchement, quel qu'en soit le mode, sont très répandues et persistantes. En effet, à dix-huit mois 28,6% de la population étudiée éprouve des douleurs lors des rapports sexuels [32].

L'étude comparative C [34] grâce à l'évaluation dans deux groupes différents (avec et sans épisiotomie) de divers paramètres montre un effet « *délétère* » de l'épisiotomie sur la sexualité du post-partum. L'étude nous démontre que ce n'est pas l'accouchement en lui-même qui impacte la sexualité mais bien l'épisiotomie et qu'elle altère divers paramètres : comme la date de reprise de l'activité sexuelle (48,16 jours pour le groupe sans épisiotomie et 82,5 jours pour celui avec une épisiotomie), le désir, la lubrification, l'orgasme et la qualité de la vie sexuelle.

L'étude E, traite des traumatismes génitaux (mineurs et majeurs) et l'évaluation de la fonction sexuelle à trois mois [36]. Elle rapporte qu'en fonction du traumatisme la fonction sexuelle est altérée différemment.

En effet, 326 patientes ont répondu et elles étaient 276 à avoir renoué avec une activité sexuelle, 70% avec un traumatisme majeur et 30% avec un traumatisme mineur. L'analyse du score IRS montre qu'il est plus faible chez les patientes ayant subi un traumatisme majeur que celles ayant subi un traumatisme mineur de 2,6 points. Selon les patientes, différentes raisons expliquent cette altération de la fonction sexuelle due au traumatisme : la fatigue, l'insatisfaction des rapports, moins de désir d'être touchée, caressée ou d'avoir des rapports sexuels.

L'étude G [38] aboutit également à cette conclusion : « *la sexualité est influencée par les complications de l'accouchement, telles que les épisiotomies et les déchirures périnéales* ».

Au cours de l'analyse des études, certaines ont permis de démontrer que l'extraction instrumentale joue un rôle sur la sexualité du post-partum et de répondre à l'hypothèse formulée en deuxième partie : « *Les patientes qui bénéficient d'une épisiotomie, d'une déchirure périnéale ou d'une extraction instrumentale ont plus de difficultés à reprendre une activité sexuelle* ».

L'étude A de la chercheuse Ellie Mc Donald [32] rapporte que les femmes ayant subi une extraction instrumentale ou une césarienne, sont deux fois plus nombreuses à éprouver des douleurs lors des relations sexuelles dix-huit mois après la naissance.

L'étude F [37] montre que la douleur périnéale persistante après huit semaines est souvent associée à un accouchement instrumentalisé : pour 30%, en comparaison avec un accouchement vaginal spontané : 7%. L'étude démontre que l'extraction instrumentale est responsable de plus de difficultés sexuelles persistantes qu'une naissance par voie basse spontanée.

L'étude G [38] évoque aussi l'impact certain des extractions instrumentales sur les rapports sexuels des couples ; en expliquant que la sexualité est influencée par les complications de l'accouchement comme : les épisiotomies, les déchirures périnéales et les extractions instrumentales.

Les différentes études permettent d'affirmer l'hypothèse formulée précédemment :
« *Les patientes qui bénéficient d'une épisiotomie, d'une déchirure périnéale ou d'une extraction instrumentale ont plus de difficultés à reprendre une activité sexuelle* ».

2. PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Après avoir mis en évidence l'effet des différents facteurs vus précédemment, il est certain que l'accouchement impacte la sexualité des couples dans le post-partum. Or, la santé sexuelle d'un couple favorise son épanouissement, notamment en post-partum où les relations de couples peuvent être fragilisées par l'arrivée d'un enfant [43].

Pendant longtemps, on a dit « *L'amour ne se parle pas, il se fait* ». Cette affirmation est remise en question après le travail du Docteur Michel Geffrault, qui démontre que si les professionnels de santé parlent de sexualité à leurs patients, ils se sentent quasiment tous concernés et souhaitent alors en discuter [44].

De nombreux troubles sexuels peuvent déclencher des décompensations personnelles (réactions anxio-dépressives) ou des difficultés relationnelles (crise conjugale), alors il est

nécessaire de parler de la sexualité en tant que professionnel de santé et surtout en tant que sage-femme.

2.1. LA SAGE-FEMME

Sage-femme signifie : « *qui a la connaissance, l'expérience de la femme* » [45]. La profession de sage-femme est une profession médicale qui fait de la sage-femme une spécialiste de la femme en bonne santé, qu'elle suit de l'adolescence à la ménopause.

Si la naissance est le point d'orgue du métier, il s'agit aussi d'accompagner la femme enceinte tout au long de la grossesse, avant et même après.

Récemment le Conseil National de l'Ordre de Sages-Femmes (CNOSF) a publié un nouveau dépliant concernant les compétences des sages-femmes, qui sont nombreuses et en augmentation depuis quelques années. En voici quelques-unes qui auront un intérêt dans les propositions pour la pratique professionnelle : le suivi gynécologique de prévention et la prescription de la contraception ; la préparation à l'accouchement et la parentalité ; la surveillance médicale de la grossesse ; la pratique de l'accouchement ; la consultation post-natale ; le suivi de l'allaitement et la rééducation périnéo-sphinctérienne entre autres [46].

La sage-femme est au cœur de cette problématique inhérente à la sexualité de la femme et du couple, de par cette place aux différents temps essentiels de la vie.

2.2. LES TEMPS ESSENTIELS

2.2.1. Les consultations de grossesse

Qu'elles se déroulent avec une sage-femme à l'hôpital ou au sein d'un cabinet libéral, ces consultations sont un moment propice à l'écoute, la communication et l'échange. Chaque mois, la femme enceinte bénéficie d'une consultation dédiée, où l'on fait le point sur le déroulement « *médical* » et le vécu de la grossesse.

La sage-femme doit avoir une vision holistique de sa patiente : son état général, obstétrical mais aussi sa sexualité.

Au cours de mes stages, j'ai remarqué que ce dernier point est rarement abordé. Dans ma première partie j'évoque « *la sexualité pendant la grossesse* » qui n'est pas si « *évidente* » et nécessite de prendre un temps, afin d'en parler avec la femme voire le couple, car elle peut être vécue différemment et peut poser un questionnement.

Ce temps d'échange sur la sexualité en anténatal est essentiel afin que la patiente comprenne qu'en tant que sages-femmes nous sommes à son écoute, qu'ensemble nous pouvons tout évoquer et aussi la rassurer quant à la possibilité de vivre une sexualité épanouie [14]. Il peut permettre de déceler des difficultés sexuelles déjà présentes en per-partum, qui vont rarement

être améliorées par l'accouchement.

Le fait d'en parler en anténatal pourrait aussi permettre de l'aborder avec plus de « *facilités* » après l'accouchement lors de la visite post-natale ou de la rééducation périnéo-sphinctérienne par exemple.

Comme évoquées précédemment, l'écoute et la communication sont deux qualités essentielles à la sage-femme. C'est pourquoi il me semble important de former les étudiantes sages-femmes lors de la formation initiale et les sages-femmes lors du développement professionnel continu à **l'écoute active**, qui est une véritable technique de communication. Cette technique est caractérisée par la bienveillance : elle facilite l'émergence des informations, implique un silence intérieur et exclut un questionnement immédiat. L'écoute active relève « *d'une attitude d'intérêt ouvert. L'aidant doit être attentif à la parole de l'autre, afin d'en comprendre précisément le sens* » [48].

L'écoute active se manifeste également par la reformulation, autre technique de communication essentielle pour nous sages-femmes. D'après Marie-Pascale Honoré : « *La reformulation ouvre la voie de la relation à l'autre : c'est tenter d'exprimer avec nos propres mots, dans une écoute authentique, ce que l'enfant ressent, ce qu'il vit de l'intérieur* » [48].

La proposition serait d'une part, d'ajouter dans la grille des thèmes à aborder lors de l'entretien prénatal précoce ou au détour d'une consultation de grossesse (minimum) : la sexualité, grâce à une simple question : « *Etes-vous épanouie sexuellement pendant cette grossesse ?* » ou « *Qu'en est-il de la sexualité pendant votre grossesse ?* ».

D'autre part, au cours de la formation initiale, les étudiantes sages-femmes bénéficient en quatrième année de cours sur les techniques de communication (reformulation, écoute active), mais ces cours et mises en situation pourraient être réitérés à plusieurs reprises au cours de la formation initiale, afin de développer une aisance à la communication concernant des sujets difficiles.

Les sages-femmes en exercice pourraient quant à elles bénéficier de remises à jours de leurs connaissances à propos des différentes techniques de communication essentielles pour aborder le thème de la sexualité, dans le but de permettre le développement d'un accompagnement personnalisé et comme le dit Fiorentino : « *Faire en sorte qu'à chaque étape de la vie l'on puisse jouir de tous ses moyens* » [28].

2.2.2. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété d'une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), dont l'objectif

d'après la Haute Autorité de Santé (HAS) est de « *contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés* » [47].

La PNP s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance.

En France huit séances prénatales d'environ 45 minutes sont prises en charge par l'assurance maladie. L'organisation des séances est discutée avec la patiente de manière à répondre à ses envies et besoins.

Au cours de mes stages, j'ai remarqué qu'en général un thème différent est abordé lors de chaque séance : « *Quand partir à la maternité ?* » ; « *L'accouchement* » ; « *Les soins de bébé* » ; « *Gérer ses contractions* » ; « *L'allaitement maternel* » ; « *Les suites de couches et le retour à la maison* ». Je n'ai jamais vu de séance dédiée au thème de la sexualité. Certes il m'apparaît difficile d'y accorder toute une séance, ce thème pourrait néanmoins être évoqué comme le préconise les recommandations de l'HAS de 2005 [47], par exemple au cours de la séance sur « *le retour à la maison* ».

Il me semble essentiel d'expliquer aux couples qu'après la naissance de leur enfant, leur sexualité sera probablement bouleversée, mais qu'il est possible d'avoir une sexualité épanouie même après un accouchement et qu'ils peuvent en parler avec nous, sages-femmes.

2.2.3. Le séjour en suites de couches

L'étude F [37] montre que le thème des rapports sexuels est très peu abordé en suite de couches (34%). Ce pourcentage est insuffisant, même si lors du séjour en maternité les mères sont toutes tournées vers leur enfant, l'information sur la sexualité reste essentielle. Par exemple : préconiser une reprise en douceur si la femme appréhende les douleurs, expliquer qu'il n'y a pas de « délai » à respecter pour la reprise des relations sexuelles mais que c'est le moment quand elles se sentent prêtes et pas pour autre chose (comme la peur de l'infidélité ou l'insistance du conjoint qui ont été relevées dans l'étude G) [38].

La proposition serait de toujours l'aborder lors des informations de sortie, car c'est régulièrement oublié d'après l'étude F [37]. Il est important d'en parler et d'autant plus avec les patientes « à risque », c'est-à-dire celles qui bénéficieraient d'un ou plusieurs facteurs pouvant impacter la sexualité (épisiotomie, déchirures, extraction instrumentale, césarienne,...). Il semble primordial de sensibiliser et former les sages-femmes hospitalières et libérales afin qu'elles disposent des outils de prise en charge nécessaires : rappels des bases de la sexualité avec une sage-femme sexologue, informations sur les facteurs pouvant impacter la sexualité, apprentissage de techniques pour aborder ce thème si intime.

Une autre possibilité serait de l'aborder lors de séances en groupe au cours du séjour. Elles existent dans certains services et permettent d'aborder le retour à la maison (préparation des biberons, rythme de bébé, rappel sur le change et les différents soins de bébé). Elles pourraient aussi être le moment de faire un point sur la sexualité, car les parents ont tendance à oublier qu'avant d'être des parents ils ont été un couple.

2.2.4. La consultation post-natale et la rééducation périnéo-sphinctérienne

Cette consultation se déroule environ six à huit semaines après la naissance. Elle permet à la sage-femme de cibler les patientes « à risque » d'une reprise plus complexe de l'activité sexuelle et de l'évoquer de manière plus approfondie avec la patiente si besoin.

D'après les études analysées, la majorité des patientes à cette période aurait renoué avec la sexualité, le moment serait donc propice pour évoquer les difficultés s'il en existe. Afin de proposer d'éventuelles solutions : comme l'utilisation de lubrifiant, d'ovules d'acide hyaluronique (pour les cicatrices douloureuses ou chéloïdes) ou encore les boules de geisha... Autant d'outils à notre disposition si nous sages-femmes osons parler de sexualité à nos patientes.

La sexualité peut aussi être abordée lors de la rééducation périnéo-sphinctérienne, qui se fait généralement chez une sage-femme en cabinet libéral. En effet, une activité sexuelle épanouie après un accouchement passe souvent par une rééducation périnéo-sphinctérienne, qui va permettre de muscler et tonifier à nouveau le plancher périnéal. La rééducation est un moment essentiel pour les patientes. En effet, c'est souvent le moment où elles prennent conscience de leur périnée et comprennent son rôle essentiel dans la vie quotidienne et sexuelle.

Il me semble donc nécessaire de former davantage les sages-femmes, grâce aux outils évoqués précédemment (rappels sur la sexualité du post-partum, formation à l'écoute active,...) afin qu'elles puissent développer un accompagnement personnalisé, concernant la sexualité des femmes qui en ressentent le besoin.

Conclusion

Une sexualité épanouie après un accouchement est essentielle, car comme l'évoque l'OMS : « *la santé sexuelle* » fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble [9].

De ce constat est né l'objectif suivant : évaluer la reprise des rapports sexuels et analyser la sexualité des femmes dans le post-partum afin de déterminer le rôle de la sage-femme dans la sexualité.

Notre rôle en tant que sage-femme, aux différents temps essentiels de la vie de femme et du couple, fait de la sexualité une question primordiale dans notre quotidien. Cette affirmation a permis l'élaboration de la problématique suivante : comment l'identification des facteurs qui entravent la reprise de la sexualité après l'accouchement permet à la sage-femme de développer un accompagnement personnalisé ?

Au début de ce travail différentes hypothèses ont été proposées : les patientes qui bénéficient d'une césarienne ont plus de facilité à la reprise des rapports sexuels ; les patientes qui allaitent leur bébé éprouvent moins de désir pour la sexualité et reprennent plus tardivement les rapports sexuels ; les patientes qui bénéficient d'une épisiotomie, d'une déchirure périnéale ou d'une extraction instrumentale ont plus de difficultés à reprendre une activité sexuelle.

Notre revue de la littérature composée de sept études, en s'arrêtant sur les différents facteurs pouvant influencer la sexualité du post-partum, a prouvé que les patientes qui bénéficient d'une césarienne ont plus de difficultés que celles bénéficiant d'un accouchement par voie basse à la reprise d'une sexualité épanouie. Elle a également montré que les patientes qui allaitent reprennent plus tardivement les relations sexuelles avec leur partenaire. Enfin elle a démontré que les patientes qui bénéficient d'une épisiotomie, d'une déchirure périnéale ou d'une extraction instrumentale ont plus de difficultés à la reprise de la sexualité.

L'analyse des différentes études et l'affirmation ou l'infirmité des hypothèses émises nous permettent de déduire que : la césarienne, l'allaitement, l'épisiotomie, les déchirures et les extractions instrumentales ont un impact négatif sur la sexualité post-partum des couples. Les résultats de notre étude ont également montré qu'il existe un manque d'informations concernant la sexualité [37].

De plus, elle a permis de montrer que les sages-femmes doivent **éduquer** et préparer les patientes avant la naissance, être formées à identifier les problèmes et être compétentes pour traiter avec elles « *ouvertement et sympathiquement* » de tous les sujets [37].

Notre rôle en tant que sage-femme sera de réfléchir en amont à l'impact possible de nos « *gestes* », comme l'épisiotomie par exemple mais également d'y penser en aval. En effet, il sera important de penser tout au long de notre prise en charge aux différents facteurs vus précédemment qui impactent la sexualité, pour cibler les patientes « *à risque* » d'éprouver des difficultés à la reprise d'une sexualité épanouie dans le post-partum. De même, la sexualité devrait être évoquée davantage en anténatal avec nos patientes, car elles sont souvent plus disponibles qu'en post-partum.

Le fait de penser à la sexualité et aux différents facteurs évoqués précédemment nous permettra d'aborder le thème de la sexualité avec nos patientes, dans le but de développer une prise en charge et un accompagnement personnalisé si besoin.

Enfin, une évaluation de l'impact de ces différents facteurs sur la sexualité d'après les maris ou les conjoints, dans le cadre d'un projet professionnel pourrait être envisagée, mais cela constituerait un autre travail de recherche.

Bibliographie

- [1] Brenot P. Sexologie pratique. Paris : L.E.N Médical;2013.
- [2] Ordre des sages-femmes. Histoire de la profession. [Consulté le 26/03/2018]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/>
- [3] Organisation Mondiale de la Santé. Santé reproductive. [Consulté le 26/03/2018]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/
- [4] Journet N. La sexualité et ses usages. 27 Oct 2009 [Consulté le 29/10/2017]. Disponible sur : https://www.scienceshumaines.com/la-sexualite-et-ses-usages_fr_24421.html
- [5] Encyclopédie de l'Agora. Sexualité. 01 Avr 2012 [Consulté le 29/10/2017]. Disponible sur : <http://agora.qc.ca/dossiers/Sexualite>
- [6] Giami A, De Colomby P. Profession sexologue ?. Presses de Sciences Po. 2001;(41-42):41-4.
- [7] Legifrance. Art 90-83.786 (version à jour au 5 sept 1990).
- [8] Legifrance. Loi n°2006-399 (version à jour au 4 avr 2006).
- [9] Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle et génésique. [Consulté le 21/10/2017]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- [10] Dictionnaire de français Larousse. Sexualité. [Consulté le 21/10/2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexualit%C3%A9/72486?q=sexualit%C3%A9#71677>
- [11] Dictionnaire de français Larousse. Désir. [Consulté le 11/04/2018]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9sir/24525>
- [12] Le sexologue. Différents types de désir sexuel. [Consulté le 11/04/2018]. Disponible sur : <http://montreal.lesexologue.ca/2015/03/types-de-desir-sexue.html>
- [13] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. Elsevier Science Inc. 1998 Sep 30;47(1):1-24.
- [14] Nguyen A, Carbonne B. Sexualité pendant la grossesse. La lettre du Gynécologue. 2012;(368-369):p.19-20.
- [15] Wayneberg J. Guide pratique de sexologie médicale. Editions Masson. 1999;p.51-6.
- [16] Masters W, Johnson V. Les réactions sexuelles. Laffont. 1970;p.382.
- [17] Dictionnaire de français Larousse. Post-partum. [Consulté le 21/10/2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post-partum/62940>

- [18] Organisation Mondiale de la Santé. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique. WHO/RHT/MSM/98.3.1999;p.8.
- [19] Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Edition Masson. 2001;p.159-162.
- [20] Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. International Urogynecology Journal. 2005;(16):263-7.
- [21] Psychologies. La sexualité après la grossesse. [Consulté le 13/03/2018]. Disponible sur : <http://www.psychologies.com/Couple/Sexualite/Desir/Interviews/La-sexualite-apres-la-grossesse>
- [22] Dictionnaire de français Larousse. Épisiotomie. [Consulté le 12/11/2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9pisiotomie/30507>
- [23] La Leche League France. AA77 : Allaitement et vie de couple. 2008; [Consulté le 12/11/2017]. Disponible sur : <https://www.lllfrance.org/1546-aa-77-allaitement-et-vie-de-couple>
- [24] Mourichon L. Sexualité, Maternité, Paroles de femme. Robert Jauze. 2012;p101.
- [25] Dictionnaire de français Larousse. Accompagnement. [Consulté le 14/11/2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>
- [26] Dictionnaire de français Larousse. Accompagner. [Consulté le 14/11/2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagnement/469>
- [27] Paul M. L'accompagnement dans le champ professionnel. Savoirs. 2009;(20):11-63.
- [28] Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. Association de recherche en soins infirmiers. 2012;(110):13-8.
- [29] Dictionnaire de français Larousse. Communication. [Consulté le 09/03/2018]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>
- [30] Soins de confort et de bien-être, relationnels, palliatifs et de fin de vie. Les formes de communication. Elsevier Masson SAS. 2013;12:60-1.
- [31] Hr4Free. Technique de communication : la définition de l'écoute active selon Carl Rogers. [Consulté le 09/03/2018]. Disponible sur : <http://hr4free.com/fr/Techniques-de-communication/D%C3%A9finition-%C3%A9coute-active-Carl-Rogers>
- [32] Mc Donald E. Cesarean section does not preserve sexuality. BJOG. 2015 Mar 5.
- [33] Fritel X. Cesarean and postpartum genito-sexual disorders. Inserm. 2009 Oct 8.
- [34] Samouh N, Hatim S. La sexualité du post partum étude comparative : accouchement avec épisiotomie versus accouchement sans épisiotomie. Déc 2009 à Sept 2010.
- [35] Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM et al. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. Can Fam Physician. 2005 Oct. 51:1366-7.

- [36] Rogers RG, Borders N, Leeman LM et al. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function?. J Midwifery Womens Health. 2009. 54(2):98-103.
- [37] Glazener C. Sexual function after childbirth : women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. British Journal Of Obstetrics and Gynaecology. 1997 Mar. Vol(104): 330-5.
- [38] Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE et al. La sexualité du post-partum. Analyse du vécu dans le couple noir africain. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015. Vol(44) : 280-5.
- [39] La Leche League France. Epidémiologie de l'allaitement en France. 13 Juin 2003; [Consulté le 05/03/2018]. Disponible sur : <https://www.lllfrance.org/1068-epidemiologie-de-l-allaitement-en-france>
- [40] Le Parisien. Définition Co-dodo. [Consulté le 13/03/2018]. Disponible sur : <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/Co-dodo/fr-fr/>
- [41] Enquête Nationale Périnatale Rapport 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. Santé Publique France. Oct 2017;p.14-52.
- [42] Unf3s. Complications traumatiques de l'accouchement. Comité éditorial de l'UVMaf. 30 Juin 2014.
- [43] Foucault C. Sexualité du post-partum : évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels [mémoire]. Paris : Ecole de Sage-femme Baudelocque, Université Paris Descartes; 2011. 92p.
- [44] Brenot P. Sexologie pratique. Paris : L.E.N Médical;2013.
- [45] Onisep. Sage-femme. [Consulté le 20/03/2018]. Disponible sur : <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/sage-femme>
- [46] Ordre des Sages-Femmes. Les compétences des sages-femmes. [Consulté le 20/03/2018]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/05/D%C3%A9pliant-Comp%C3%A9tences.pdf>
- [47] Haute Autorité de Santé. Recommandation professionnelles, Préparation à la naissance et à la parentalité. [Consulté le 20/03/2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [48] Infirmiers. Tout savoir sur « l'écoute active ». [Consulté le 23/03/2018]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-tout-savoir-ecoute-active.html>

Table des matières

Remerciements	4
Sommaire	5
Siglaire	7
Introduction	8
Partie 1	10
1. ELEMENTS DE SEXOLOGIE	11
1.1. HISTORIQUE DE LA SEXUALITE	11
1.1.1. Du XVII ^e siècle au XIX ^e siècle	11
1.1.2. Du XX ^e siècle à nos jours	11
1.2. DEFINITION DE LA SEXUALITE.....	12
1.3. DEFINITION DU DESIR	13
1.4. LA SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE	13
2. LE POST-PARTUM	15
2.1. LA DEFINITION DU POST-PARTUM	15
2.2. LA SEXUALITE DU POST-PARTUM.....	15
2.3. LES FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA SEXUALITE DU POST-PARTUM.....	16
2.3.1. Le mode d'accouchement.....	17
2.3.2. L'épisiotomie.....	17
2.3.3. L'allaitement maternel.....	17
3. L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE	18
3.1. QUELQUES DEFINITIONS	18
3.2. L'ACCOMPAGNEMENT	19
3.3. LA COMMUNICATION	19
Partie 2	21
1. ANALYSE DES DONNEES DE LA LITTERATURE NATIONALE ET INTERNATIONALE	22

2. METHODOLOGIE.....	22
2.1. PROBLEMATIQUE.....	22
2.2. LES OBJECTIFS	22
2.2.1. L’objectif principal.....	22
2.2.2. L’objectif secondaire	22
2.3. LES HYPOTHESES	22
2.4. LES CRITERES	23
2.4.1. Le critère de jugement principal.....	23
2.4.2. Les critères de jugement secondaires	23
2.4.3. Les critères d’inclusion, de non-inclusion et d’exclusion	23
3. PRESENTATION DES ETUDES SELECTIONNEES.....	23
3.1. ETUDE A	23
3.1.1. L’objectif.....	23
3.1.2. Les résultats	23
3.2. ETUDE B.....	24
3.2.1. L’objectif.....	24
3.2.2. Les résultats	24
3.3. ETUDE C.....	24
3.3.1. L’objectif.....	25
3.3.2. Les résultats	25
3.4. ETUDE D	26
3.4.1. L’objectif.....	26
3.4.2. Les résultats	26
3.5. ETUDE E.....	27
3.5.1. L’objectif.....	28
3.5.2. Les résultats	28
3.6. ETUDE F	29

3.6.1. L'objectif	29
3.6.2. Les résultats	29
3.7. ETUDE G	30
3.7.1. L'objectif	31
3.7.2. Les résultats	31
Partie 3.....	32
1. DISCUSSION DES RESULTATS	33
1.1. IMPACT DU MODE D'ACCOUCHEMENT SUR LA SEXUALITE	33
1.2. IMPACT DE L'ALLAITEMENT SUR LA SEXUALITE	34
1.3. IMPACT DES EPISIOTOMIES, DECHIRURES PERINEALES ET EXTRACTIONS INSTRUMENTALES SUR LA SEXUALITE.....	35
2. PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE.....	37
2.1. LA SAGE-FEMME	38
2.2. LES TEMPS ESSENTIELS	38
2.2.1. Les consultations de grossesse	38
2.2.2. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.....	39
2.2.3. Le séjour en suites de couches.....	40
2.2.4. La consultation post-natale et la rééducation périnéo-sphinctérienne.....	41
Conclusion	42
Bibliographie.....	45
Table des matières	48
Annexes.....	51

Annexes

Annexe I

Tableau du score IRS total et des différents items à trois mois du post-partum chez les parturientes avec un traumatisme périnéal mineur ou majeur après la naissance.

IRS item and total scores *	Minor trauma N=193	Major trauma N=83	P	Adjusted P [†]
Since the birth of my baby,				
Frequency of sex	2.5 (1.0)	2.3 (1.1)	.09	.68
Fatigue interferes with lovemaking	2.9 (0.9)	2.6 (0.9)	.04	.28
Time for quiet conversation	2.8 (1.1)	2.7 (1.0)	.61	.77
Derive satisfaction from sexual activities	3.0 (0.9)	2.7 (0.9)	.03	.15
Desire to touch and hold being satisfied	3.1 (0.9)	2.9 (.8)	.19	.33
Partner initiates sexual activity that leads to intercourse	3.1 (1.0)	3.0 (0.9)	.90	.86
Feelings of sexual fulfillment	2.9 (1.0)	2.7 (0.8)	.10	.30
Feelings of closeness	3.5 (1.1)	3.5 (1.0)	.63	.85
Desire to be held, touched and stroked	3.3 (1.0)	3.0 (0.9)	.003	.01
Desire for sexual intercourse	2.8 (1.0)	2.5 (0.8)	.008	.15
Comfort talking about sex	3.2 (0.8)	3.1 (0.6)	.35	.22
I initiate sexual activity that leads to intercourse	2.7 (1.1)	2.5 (0.8)	.08	.32
IRS Total	35.6 (8.0)	33.5 (6.4)	.02	.12

* Given as mean (standard deviation)

[†] Adjusted for parity, length of active pushing, and patient education

Annexe II

Tableau des problèmes rencontrés ou anticipés par les femmes ayant ou n'ayant pas essayé d'avoir des rapports sexuels après la naissance.

Problems encountered or reasons for not trying	Have tried to have intercourse		Have not tried to have intercourse	
	< 8 weeks (n = 812)	2-18 months (n = 407)	< 8 weeks (n = 263)	2-18 months (n = 28)
Mother not interested	71 (8.7) [6.9-10.9]	87 (21.4) [17.4-25.4]	58 (22.1) [17.0-27.1]	6 (21.4) [8.3-40.9]
Partner not interested	6 (0.7) [0.3-1.6]	9 (2.2) [1.0-4.2]	10 (3.8) [1.8-6.9]	0 (0) [0.0-0.9]
Mother too tired	168 (20.7) [17.9-23.5]	146 (35.9) [31.2-40.5]	94 (35.7) [29.9-41.5]	7 (25.0) [10.7-44.9]
Partner too tired	25 (3.1) [2.0-4.5]	21 (5.2) [3.2-7.8]	22 (8.4) [5.3-12.4]	2 (7.1) [0.9-23.5]
It was sore or difficult	228 (28.1) [25.0-31.2]	80 (19.7) [15.8-23.5]	NA	NA
Mother worried it might be sore or difficult	NA	NA	75 (28.5) [23.1-34.0]	1 (3.6) [0.1-18.4]
Partner worried it might be sore or difficult	NA	NA	16 (6.1) [3.5-9.7]	1 (3.6) [0.1-18.4]
Mother worried about another pregnancy	NA	NA	50 (19.0) [14.3-23.8]	5 (17.9) [6.1-36.9]
Mother still bleeding	NA	NA	25 (9.5) [6.2-13.7]	NA
Other	15 (1.8) [1.0-3.0]	7 (1.7) [0.7-3.5]	51 (19.4) [14.6-24.2]	2 (7.1) [0.9-23.5]
At least one problem	351 (43.2) [39.8-46.6]	204 (50.1) [45.3-55.0]	218 (82.9) [78.3-87.4]	11 (39.3) [21.5-59.4]
No problems	461 (56.8) [53.4-60.2]	203 (49.9) [45.0-54.7]	45 (17.1) [12.6-21.7]	17 (60.7) [40.7-78.5]

La reprise des rapports sexuels dans le post-partum et l'accompagnement personnalisé par la sage-femme : les facteurs qui impactent la sexualité

Résumé

Introduction : La naissance d'un enfant implique beaucoup de bouleversements et la période du post-partum suscite diverses interrogations, notamment en matière de sexualité. C'est dans ce contexte que se pose la problématique suivante : comment l'identification des facteurs qui entravent la reprise de la sexualité après l'accouchement permet à la sage-femme de développer un accompagnement personnalisé ?

Méthode : Une revue de la littérature établie à partir de sept études sélectionnées dans la littérature internationale entre 1997 et 2015 a été utilisée. L'objectif de l'étude a été d'évaluer la reprise des rapports sexuels dans le post-partum et de les analyser afin de déterminer le rôle de la sage-femme dans la sexualité.

Résultats : Ces sept études ont permis de mettre en avant l'impact négatif sur la sexualité du post-partum des facteurs suivants : la césarienne, l'allaitement maternel, les épisiotomies, les déchirures périnéales et les extractions instrumentales. Elles ont aussi permis de montrer un manque d'informations et d'échanges concernant la sexualité dans le pré, per et post-partum.

Conclusion : En tant que sages-femmes, nous devons parler de sexualité à nos patientes et cibler celles qui sont le plus « à risque » d'avoir des difficultés à reprendre la sexualité dans le post-partum. Dans le but de développer un accompagnement personnalisé, basé sur divers outils : les techniques de communication, les bases de la sexologie...

Mots clés : Sexualité – Post-partum – Sage-femme – Accompagnement personnalisé

Summary

Introduction: The birth of a child involves a lot of upheaval, and the postpartum period raises various questions, including about sexuality. It is in this context is the following issue: how does the identification of the factors that hinder the resumption of sexual intercourse after childbirth allows the midwife to provide personalized assistance?

Method: A review article based on seven studies selected in the international literature between 1997 and 2015 has been used. The objective of the study was to assess the resumption of sexual intercourse in postpartum and analyze them to determine the role of the midwife in sexuality.

Results: These seven studies highlighted the negative impact on postpartum sexuality because of the following factors: caesarean section, breastfeeding, episiotomy, perineal tears and instrumental extractions. They have also shown a lack of information and discussion about sexuality in the pre, per and post-partum periods.

Conclusion: As midwives, we have to talk about our patients' sexuality and target those who are most 'at risk' having difficulties with the resumption of sexual intercourse in the postpartum period. In order to develop a customized support using communication techniques, based on Sexology...

Keywords: Sexuality – Postpartum – Midwife – Personalized assistance