



HAL
open science

**Etat des lieux concernant la reprise de la sexualité chez
la femme dans le post-partum : étude quantitative
descriptive de cohorte, par questionnaire semi-directif :
à propos de 29 femmes à Metz en 2022**

Marion Nogaro

► **To cite this version:**

Marion Nogaro. Etat des lieux concernant la reprise de la sexualité chez la femme dans le post-partum : étude quantitative descriptive de cohorte, par questionnaire semi-directif : à propos de 29 femmes à Metz en 2022. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04323290

HAL Id: hal-04323290

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04323290v1>

Submitted on 5 Dec 2023

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

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



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
École de Sages-Femmes de METZ

Etat des lieux concernant la reprise de la sexualité
chez la femme dans le post-partum

Etude quantitative descriptive de cohorte, par questionnaire semi-directif.

A propos de 29 femmes à Metz en 2022

Mémoire présenté et soutenu par

Marion NOGARO

Née le 12 août 1993

Directeur de mémoire : Laure Bernard

Sage-Femme Enseignante

Expert de Mémoire : Laura Goubet

Sexologue clinicienne

Promotion 2018 - 2022

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de METZ

Etat des lieux concernant la reprise de la sexualité
chez la femme dans le post-partum

Etude quantitative descriptive de cohorte, par questionnaire semi-directif.

A propos de 29 femmes à Metz en 2022

Mémoire présenté et soutenu par
Marion NOGARO

Née le 12 août 1993

Directeur de mémoire : Laure Bernard

Sage-Femme Enseignante

Expert de Mémoire : Laura Goubet

Sexologue clinicienne

Promotion 2018 – 2022

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier l'Ecole de Sage-Femme de Metz et toute l'équipe pédagogique, pour l'ensemble des enseignements que nous avons reçu, ainsi que tout l'accompagnement qui nous a été fourni durant ces quatre années de formation.

Je souhaite remercier ma directrice de mémoire Laure BERNARD, pour avoir accepté de diriger mon mémoire, pour avoir cru en moi dès le départ, et pour avoir su me soutenir et m'encourager dans ce long et périlleux travail de fin d'études.

Je remercie aussi mon experte de mémoire Laura GOUBET, pour son aide, ses conseils précieux, sa patience, ainsi que son soutien et son accompagnement dans la réalisation de ce travail.

Merci à Lucille, Noémie et Louise d'avoir été présentes durant ces quatre années d'école. Vous m'avez apporté la plus grande joie qui soit.

Merci à Antonine, Claire, Louise, Morgane, Laura, Camille, Margaux, Chloé et Inès de m'avoir soutenue et d'avoir égayé ces six magnifiques années depuis la PACES. Sans vous, cela aurait été bien différent.

Je souhaite écrire un mot pour ma famille, dont le soutien depuis le début de mes études a été sans failles et sans bornes, qui ont supporté mes moments de joie, comme mes moments les plus durs, mes hauts et mes bas, mes moments de décompression comme mes moments de stress. Je n'aurais pas pu arriver là sans vous.

Je remercie également la famille de Manon, qui m'a, depuis le début, poussée à donner le meilleur de moi-même.

Et pour terminer, merci Manon, sans qui ces études auraient été impossibles. Toi, qui m'a poussée à réaliser ce rêve de petite fille d'être sage-femme. Toi, qui a toujours eu les mots justes, qui a su me tirer vers le haut, me faire voir le côté positif des choses, m'épauler avec tant d'amour et de compréhension et surtout, qui m'apporte tant de bonheur.

Merci à tous.

ABREVIATION

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

CNEMa : Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique

DIU : Dispositif Intra-Utérin

FSFI : Femal Sexual Fonction Index

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

TDS : Trouble du Désir Sexuel

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
ABREVIATION	5
INTRODUCTION – CONTEXTE	7
1. LA SANTE SEXUELLE	7
2. LES COMPETENCES SAGE-FEMME	8
3. LES DEFINITIONS	8
4. LE CONSENTEMENT	9
5. LE POST-PARTUM	9
6. LA BAISSSE DE DESIR SEXUEL : LES CAUSES	9
7. LE ROLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE	11
8. L'EPANOUISSEMENT SEXUEL	11
MATERIEL ET METHODE	12
1. LA PRESENTATION DE L'ETUDE	12
1.1. LA PROBLEMATIQUE	12
1.2. RETOMBEES ATTENDUES	12
1.3. LES OBJECTIFS / RETOMBEES ATTENDUES	12
1.4. LES HYPOTHESES	12
2. LE TYPE D'ETUDE	12
3. LA POPULATION D'ETUDE	12
3.1. LES CRITERES D'INCLUSION.....	12
3.2. LES CRITERES DE NON-INCLUSION	13
3.3. LES CRITERES D'EXCLUSION.....	13
3.4. LES MODALITES DE RECRUTEMENT	13
4. LES CRITERES DE JUGEMENT	13
5. LA PERIODE ET LE LIEU D'ETUDE	13
6. LE RECUEIL DE DONNEES	13
6.1. LE « FEMAL SEXUAL FONCTION INDEX » (FSFI).....	13
7. LA GESTION DES DONNEES	14
8. LES OBLIGATIONS DE REGLEMENTATION ETHIQUE	14
RESULTATS	15
1. LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	15
2. LE FSFI	15
3. LA SEXUALITE DURANT LA GROSSESSE	15
4. L'ACCOUCHEMENT	16
5. LES SUITES DE L'ACCOUCHEMENT	17
6. LE RETOUR A DOMICILE	17
7. LA REPRISE DE LA SEXUALITE	18
DISCUSSION	20
1. LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ETUDE	20
1.1. LES POINTS FORTS	20
1.2. LES POINTS FAIBLES	20
2. ANALYSE DES RESULTATS	20
2.1. L'INVESTISSEMENT DU PARTENAIRE	20
2.2. LES CONSEQUENCES DU MODE D'ACCOUCHEMENT	22
2.3. LES MOTIVATIONS DE LA FEMME	23
2.4. LA REPRISE DE LA SEXUALITE DANS LE POST-PARTUM.....	24
3. QUELLES ACTIONS A MENER POUR LES SAGES-FEMMES ?	25
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	28
ANNEXES	32

INTRODUCTION – CONTEXTE

Au cours de ma formation au métier de sage-femme, j'ai pu me rendre compte que la sexualité du couple et les difficultés sexuelles sont rarement abordées par les professionnels de santé avec les patientes ou alors tardivement. J'ai constaté lors de mes stages en maternité ou en libéral que de nombreuses femmes auraient souhaité davantage d'informations ou de préparation face aux difficultés du post-partum concernant leur sexualité. Au contraire, j'ai également observé des femmes mal à l'aise et fuyantes dès lors que la sexualité était questionnée par un professionnel de santé. J'en suis venue à me demander pourquoi le sujet de la sexualité était si difficile à aborder bien qu'il soit primordial et à la base de notre métier.

A mesure de mes recherches, j'ai appris que la sexualité est un sujet complexe, vaste, tabou et qu'elle ne se borne pas uniquement à un acte de pénétration. Elle ne peut se concevoir de façon épanouie que dans un cadre génital, psychologique et environnemental optimal. [1]

Par ailleurs, la période du post-partum est un bouleversement en soi. Le corps des femmes change, la vie de famille se modifie, les repères se décalent, le sommeil est perturbé, ... Il existe autant de changement que de raison à voir la sexualité du couple modifiée et, par conséquent, d'impacter sur la santé mentale du couple. [1-3]

Face à cet équilibre bousculé en post-partum, j'ai orienté mes recherches afin de comprendre les facteurs pouvant influencer la reprise de la sexualité durant cette période. Je me suis notamment intéressée aux situations où les femmes évoquaient une inadéquation entre l'envie et la reprise effective des rapports sexuels. Mon travail posant la question suivante : La sexualité pénétrative est-elle motivée par un désir sexuel chez la femme, dans le post-partum ?

1. LA SANTE SEXUELLE

L'OMS définit la notion de santé sexuelle comme étant « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ». [4]

A travers cette définition, nous pouvons constater que la sexualité englobe diverses notions complexes, qu'elles soient sensorielles, émotionnelles, relationnelles, identitaires ou encore sociales. Toutes les sphères qui caractérisent l'espèce humaine sont touchées.

La sexualité des mammifères se concentre sur la copulation et, plus particulièrement, sur la reproduction, exceptée chez l'Homme. Avec la loi Veil de 1975, autorisant au recours à l'IVG, couplée à la loi Neuwirth de 1967, autorisant la contraception orale des femmes, la sexualité a pris un nouveau tournant, elle n'a alors plus seulement une fonction de procréation mais elle prend une place centrale dans la vie des femmes avec l'apparition de la notion de plaisir et d'épanouissement personnel et interpersonnel liée à une sexualité épanouie. C'est ce que l'on nomme le comportement érotique, qui

va s'exprimer, entre-autre, par la pensée, des idées reçues, des jugements de valeurs, des imaginaires, des désirs et non plus seulement par des comportements à visée reproductive. [5-6]

2. LES COMPETENCES SAGE-FEMME

Nous connaissons toutes et tous le rôle essentiel des sages-femmes au moment d'une grossesse et d'un accouchement : ce sont elles qui réalisent, en effet, 80% des accouchements physiologiques en France.

Mais le champ de compétences de la sage-femme va bien au-delà de la pratique des seuls accouchements. La sage-femme assure la surveillance médicale de la mère et de son bébé, et accompagne la femme en bonne santé tout au long de sa vie.

Cette profession donne aux sages-femmes, une place privilégiée pour accompagner les femmes et les couples lors de la période post-natale. Elles sont au plus près de l'intimité des couples et sont considérées, par les femmes, comme un interlocuteur privilégié pour discuter et diffuser des informations sur la sexualité post-natale.

En 2017, la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMa) donne la définition suivante de la sage-femme : *« [elle] joue un rôle important comme conseillère en matière de santé et d'éducation, non seulement pour les femmes mais aussi au sein de la famille et de la collectivité. Son exercice professionnel comprend l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent et s'étend à la santé sexuelle ou reproductive (santé génésique) et aux soins aux enfants »*. [7]

Par leur formation initiale, les sages-femmes possèdent les connaissances nécessaires à l'exercice de leur pratique. La majorité des facteurs influençant la sexualité postnatale cités ci-dessus figurent parmi ces connaissances. Les sages-femmes sont donc amenées à parler de sexualité et sont compétentes pour participer à la prévention sexuelle et affective dans le postpartum.

3. LES DEFINITIONS

Le désir et l'excitation sont deux notions différentes à bien différencier. Ils vont permettre de diagnostiquer un potentiel trouble du désir sexuel (TDS) chez une femme. [8-12]

Le désir sexuel se définit de façon personnelle et culturelle, c'est une dimension relationnelle avant toute chose. Schématiquement, on peut en dire que c'est la tendance de la personne à interagir avec un autre sujet connu ou imaginé et ce, en vue d'une satisfaction sexuelle. Il peut également être défini comme la phase qui précède l'excitation sexuelle et qui correspond à des représentations imagées et une anticipation d'activité sexuelle, en lien avec une interaction entre le système neuroendocrinien qui produit la libido et les processus émotionnels qui génèrent le désir. En médecine, il est considéré comme la première étape d'une réponse sexuelle déclenchée par les fantasmes et par l'envie d'une activité sexuelle, ce désir est influencé par des facteurs physiologiques et des facteurs émotionnels et psychologiques. [13]

Le désir sexuel est à bien différencier des rapports sexuels, bien qu'il soit une étape de l'activité sexuelle. Le rapport sexuel, lui, implique au moins deux personnes et comprend au minimum une pratique sexuelle, c'est-à-dire, la masturbation, les caresses ou encore le coït. [14]

L'activité sexuelle désigne toute activité physique ou mentale, liée à l'excitation sexuelle d'au moins une personne. Parmi les activités, on distingue les pratiques sexuelles, types contacts corporels non nécessairement mutuels, liés à l'excitation sexuelle d'au moins une personne (caresses, masturbation, pénétration). L'activité sexuelle comprend donc les étapes du désir et du rapport sexuel. [14]

4. LE CONSENTEMENT

La notion de désir doit également se distinguer de la notion de volonté, bien qu'ils soient souvent confondus et interchangeables dans le langage courant. C'est la question du consentement. Il doit être donné librement, éclairé, spécifique, réversible et enthousiaste. [15]

Le consentement sexuel se traduit par l'accord volontaire qu'une personne donne à une autre personne avant de participer à une activité sexuelle. Elle ne peut pas se confondre avec l'absence de refus. [16] Ce n'est pas un contrat, mais de la communication qui permet de s'assurer que chaque activité sexuelle se déroule avec le consentement de toutes les personnes concernées. [15]

Actuellement, la notion de consentement sexuel tend à se faire connaître, une multitude de supports tels que des vidéos, des articles, des témoignages ou encore des sites internet sont disponibles et visualisables par tous. Il existe également des séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, dans lesquelles la question du consentement sexuel fait partie des problématiques fréquemment abordées. [17]

Le consentement sexuel est donc largement abordé, et ce, dès l'adolescence.

Cependant les données du Baromètre santé 2016 montrent que 18,9% des femmes et 5,4% des hommes de 18- 69 ans déclarent avoir déjà été confrontés à des tentatives ou à des rapports forcés. L'ampleur de ce phénomène est plus marquée en 2016 qu'en 2006 pour les femmes (18,9% versus 15,9%), tandis que les déclarations des hommes restent au même niveau qu'il y a 10 ans (5,4% versus 4,5%, différence non significative). La première expérience de ces violences survient majoritairement avant 18 ans, dans 47,4% des cas pour les femmes et 60,2% pour les hommes. Chez les 15-17 ans, 8% des jeunes femmes ont déjà été confrontées à des rapports forcés ou à des tentatives de rapport forcés versus 1% des jeunes hommes. Si la parole se libère autour des violences sexuelles, la prévention est indispensable car ces violences subies ont un impact important sur la santé. [17]

5. LE POST-PARTUM

La période du post-partum s'étend de l'accouchement jusqu'au retour de couches, il est source de modifications sur le plan anatomique, hormonal, familial et relationnel, il mérite en cela une attention particulière.

6. LA BAISSÉ DE DESIR SEXUEL : LES CAUSES

Après l'accouchement, l'estime de soi et la perception de l'image corporelle que la femme a d'elle-même, sont de éventuels motifs d'une baisse de désir, au même titre que durant la grossesse. Les femmes ont très souvent des difficultés à se retrouver et à s'accepter dans leur corps au cours des

semaines qui suivent leur accouchement, notamment par la fatigue, le ventre distendu ou encore la prise de poids. Elles craignent de ne plus plaire à leur conjoint, de ne plus être désirables. Or, une femme ayant une représentation négative d'elle-même, sera moins satisfaite sexuellement. [2]

De plus, la préoccupation des jeunes parents focalisée sur leur enfant né est la cause environnementale permettant d'expliquer un manque d'intérêt sexuel secondaire. [18]

Du côté masculin, une baisse de désir peut également venir du fait d'une mauvaise expérience de l'accouchement. En effet le corps de leur femme est mis à mal et leur renvoie l'image d'un corps blessé et fragile. Lors de l'accouchement, certaines visions peuvent également s'avérer traumatisantes, de même lors de l'allaitement maternel, pouvant provoquer un blocage sexuel et une diminution du désir sexuel. [18]

La reprise des rapports sexuels peut reprendre des mois après l'accouchement, sans que cela ne soit considéré comme pathologique. Le terme de dysfonction sexuelle sera utilisé au-delà de six mois post-partum, avec un trouble présent dans la majorité des rapports sexuels ou lorsque la patiente exprime une souffrance psychologique liées à la difficulté sexuelle.

En effet, les difficultés sexuelles maternelles semblent fréquentes dans les 3 premiers mois du post-partum (83% des femmes) mais au-delà de 6 mois (64% des femmes), elles vont être corrélées à l'état de santé maternelle ainsi qu'à l'environnement dans lequel vit le couple avec une prise en compte de l'entente dans le couple, de l'investissement personnel du partenaire, etc. [18-21].

Pour la majorité des couples, la sexualité après l'accouchement est problématique. Seulement 14% des femmes et 12% des hommes ont rapporté ne pas avoir eu de difficultés après l'accouchement ; 40 à 64% des femmes et 19 à 64% des hommes redoutent la reprise de la sexualité.

La sexualité du couple reprend progressivement durant les semaines qui suivent l'accouchement, la moyenne étant de six semaines pour une reprise de la sexualité dans le post-partum [22]. 57% des femmes ont retrouvé une sexualité à six semaines après l'accouchement, 82% à 12 semaines et 90% à 24 semaines. [23]

Plusieurs pistes sont à explorer pouvant expliquer une différence de temporalité entre la reprise du désir sexuel et des rapports sexuels, notamment le mode d'accouchement ou le type de lésions périnéales, en effet, selon certaines études, une femme est moins susceptible d'être sexuellement active après une déchirure périnéale du 3^{ème} ou 4^{ème} degré [12, 24-26], cependant, d'autres études affirment que la présence ou l'absence de déchirure périnéale n'influe pas sur la reprise des rapports sexuels [11, 27-28]. Toutefois, la satisfaction sexuelle semble nettement diminuée en période post-natale [20-21, 29-31].

Nous assistons actuellement au constat que les jeunes parents semblent davantage considérer les informations provenant des médias, au détriment de celles prodiguées par les professionnels soignants. Ils ont tendance à chercher des solutions sur des supports faciles d'accès au quotidien ; comme les émissions télévisées et internet et à y accorder plus de crédibilité voire s'en servir comme référence pour mettre en doute la parole des professionnels. Les questions concernant la sexualité ne font pas exception à cette tendance. Les médias joueraient un rôle important dans la transmission de

l'idée que l'accouchement voie basse serait nocif et l'accouchement par césarienne serait protecteur de la future sexualité, chez les jeunes parents [32].

La fréquence et la qualité des rapports sexuels en ante-partum est aussi un point à détailler [8-9, 19, 24], tout comme les informations dont le couple dispose, car l'accompagnement et l'information des nouveaux parents, par un professionnel de santé, durant toute la période de la grossesse et du post-partum, est nécessaire à la reprise des relations sexuelles [8-10, 18-19, 21, 25, 28-30, 33-35].

7. LE ROLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Selon l'OMS, les membres de l'équipe soignante de santé primaire, dont fait partie la sage-femme, se doivent de dispenser des soins prénatals et postnatals de qualité en informant sur les modifications physiologiques du corps durant la grossesse et d'éduquer aux pratiques sexuelles sûres.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a également cette position puisqu'elle recommande, dans ses Recommandations pour la pratique clinique (RPC) de 2014 sur la sortie de la maternité après l'accouchement, d'informer les femmes sur les modifications physiologiques du post-partum, les troubles éventuels pouvant survenir et leur prévention.

8. L'EPANOUISSEMENT SEXUEL

Cette étude est menée dans le but d'aider les sages-femmes à comprendre les couples afin de les accompagner pour qu'ils puissent retrouver une sexualité épanouie dans le post-partum, c'est-à-dire, qu'ils vivent leur sexualité comme ils l'entendent. Chaque individu est unique et ses désirs également, la sexualité n'a pas de règle. Si l'absence de rapport sexuel est vécue de manière épanouie, elle rentre dans la santé sexuelle. L'important est de vivre en harmonie dans son couple. La sexualité épanouie rassure et permet le renforcement de l'estime et de la confiance en soi. Au sens plus large on pourrait considérer que la femme, qui a une sexualité épanouie, permettra de prévenir bon nombre de complications (anxiété, dépression, etc.), ce qui renforce l'idée que le bien-être de la femme a un intérêt de santé publique. [1]

MATERIEL ET METHODE

1. LA PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. LA PROBLEMATIQUE

Dans le post-partum, la reprise de la sexualité pénétrative est-elle motivée par un désir sexuel chez la femme ?

1.2. RETOMBEES ATTENDUES

- Renforcer les connaissances des professionnels de santé concernant la dualité du désir et des rapports sexuels
- Ouvrir une réflexion sur la façon d'accompagner les femmes dans leur sexualité
- Parler plus librement de la reprise de la sexualité
- Renforcer les connaissances des professionnels de santé afin de favoriser le dialogue avec les couples.

1.3. LES OBJECTIFS / RETOMBEES ATTENDUES

1.3.1. L'objectif principal

Décrire la différence de temporalité entre la reprise des rapports sexuels pénétratifs et la reprise du désir sexuel chez la femme dans le post-partum.

1.3.2. Les objectifs secondaires

- Explorer et mettre en évidence la différence de temporalité
- Décrire motivation des femmes à la reprise d'une sexualité pénétrative

1.4. LES HYPOTHESES

Plusieurs hypothèses ont été émises :

- 1^{ère} hypothèse : Les femmes dans le post-partum pensent que leur partenaire a un rôle à jouer dans la reprise du désir sexuel.
- 2^{ème} hypothèse : Un accouchement traumatique induit une reprise du désir sexuel après 6 semaines dans le post-partum.
- 3^{ème} hypothèse : Le désir sexuel de la femme dans le post-partum est motivé par des besoins davantage affectifs que génitaux.
- 4^{ème} hypothèse : La reprise d'une sexualité pénétrative dans le post-partum est motivée par un désir sexuel chez la femme.

2. LE TYPE D'ETUDE

Etude épidémiologique quantitative observationnelle descriptive de cohorte multicentrique par questionnaire semi-directif.

3. LA POPULATION D'ETUDE

3.1. LES CRITERES D'INCLUSION

- Avoir accouché d'un enfant vivant il y a au moins 6 semaines
- Être dans une relation de couple hétérosexuelle
- Être francophone
- Accepter de participer à l'étude

3.2. LES CRITERES DE NON-INCLUSION

Avoir donné naissance à un enfant mort-né.

3.3. LES CRITERES D'EXCLUSION.

- Refuser de faire partie de l'étude
- Ne pas parler pas français

3.4. LES MODALITES DE RECRUTEMENT

Le questionnaire a été diffusé auprès des sages-femmes libérales de Metz par contact auprès de l'ordre des sages-femmes.

Le questionnaire se trouvait sous forme de QR code que les femmes pouvaient scanner et remplir sur leur téléphone quand elles le désiraient.

Trois relances ont été nécessaires. Au vu du peu de réponses, nous avons dû recruter des patientes via les réseaux sociaux.

4. LES CRITERES DE JUGEMENT

Les critères de jugement principaux prenaient en compte la date de reprise des rapports sexuels (en semaine) ainsi que la date de reprise du désir sexuel (en semaine).

Les critères de jugement secondaire prenaient en compte :

- Le mode d'accouchement
- Les types de lésions périnéales
- L'environnement
- L'investissement du partenaire
- La fréquence des rapports ante-partum
- La qualité des rapports en ante-partum
- L'information donnée aux couples par les professionnels de santé

5. LA PERIODE ET LE LIEU D'ETUDE

L'étude s'est déroulée sur le 1^{er} trimestre de l'année 2022 à Metz, auprès de patientes recevant un questionnaire aux seins des cabinets de sages-femmes libérales, durant les consultations de rééducation périnéale et via les réseaux sociaux.

6. LE RECUEIL DE DONNEES

Les données ont été recueillies par des questionnaires standardisés. Le recueil de données a été anonymisé par ordre chronologique de réception des questionnaires. La grille de recueil de données est jointe en annexe I.

6.1. LE « FEMAL SEXUAL FONCTION INDEX » (FSFI)

Le FSFI a été utilisé dans le questionnaire. Il s'agissait d'un questionnaire permettant d'étudier la fonction sexuelle et dépister les dysfonctionnements sexuels. Il avait pour but de distinguer les femmes présentant soit un trouble orgasmique, soit un désir sexuel hypoactif, des femmes ne manifestant aucune difficulté sexuelle particulière. [36]

Le questionnaire du FSFI était composé de 19 points regroupés en six domaines :

- Désir sexuel (2 questions)
- Excitation (4 questions)
- Lubrification (4 questions)
- Orgasme (3 questions)
- Satisfaction (3 questions)
- Douleur (3 questions).

Chaque réponse recevait des points allant de zéro à cinq permettant ainsi de quantifier le score final qui variait entre deux et 36 points. Plus le score était faible, majeurs étaient les troubles sexuels et inversement. Selon Pauls et al. (2008) le dysfonctionnement sexuel était suggéré par un score total inférieur à 26,5.

Galazka et al. (2015) précisait que le dysfonctionnement sexuel était diagnostiqué chez les femmes avec un score inférieur à 26,55 pour l'ensemble des domaines et avec une diminution majeure de 3,9 dans un domaine précis. [37]

Selon Galazka et al. (2015) ce questionnaire était normalisé et ajusté pour la différenciation des dysfonctions sexuelles chez les femmes selon les classifications et les recommandations actuelles. Le FSFI a été validé sur la base du « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : diagnostics des troubles du désir, de l'excitation et le dysfonctionnement sexuel (quatrième édition) » et sa validité a été prouvée par Pauls et al. (2008) et Leite et al. (2009). Galazka et al. (2015) ont aussi confirmé et prouvé cliniquement sa crédibilité, sa sensibilité, sa fiabilité, sa cohérence interne et sa stabilité ainsi que la reproductibilité des résultats du diagnostic des troubles du désir sexuel, de l'excitation, de la lubrification, de l'orgasme, de la satisfaction et des troubles sexuels liés à la douleur. [25]

7. LA GESTION DES DONNEES

Méthode d'analyse des données :

- Pour les variables quantitatives : moyenne, écart-type et médiane.
- Pour les variables qualitatives : fréquences et pourcentages.

Logiciels utilisés :

- Google Forms
- Excel

8. LES OBLIGATIONS DE REGLEMENTATION ETHIQUE

Les données ont été recueillies anonymement avec l'attribution d'un numéro d'anonymat en fonction de la réception et saisie des questionnaires.

Les données seront détruites après l'analyse et la publication des résultats.

Les résultats seront publiés après la validation et la soutenance du mémoire devant un jury d'examen.

RESULTATS

1. LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

La population de l'étude était composée de 29 femmes (n=29) ayant en moyenne 29 ans et 9 mois (entre 19 ans et 45 ans) et étant en couple depuis 9 ans et 6 mois (entre 4 ans et 25 ans) au moment de leur participation.

72,5% (n=21) d'entre elles étaient des primipares, 17,2% (n=5) avaient deux enfants, 6,9% (n=2) avaient trois enfants et 3,4% (n=1) avaient quatre enfants.

Pour 24 femmes, la grossesse était programmée. Trois femmes ont eu recours au service d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

2. LE FSFI

L'utilisation du FSFI a permis d'obtenir les résultats suivants (Figure 1 – Tableau I) :

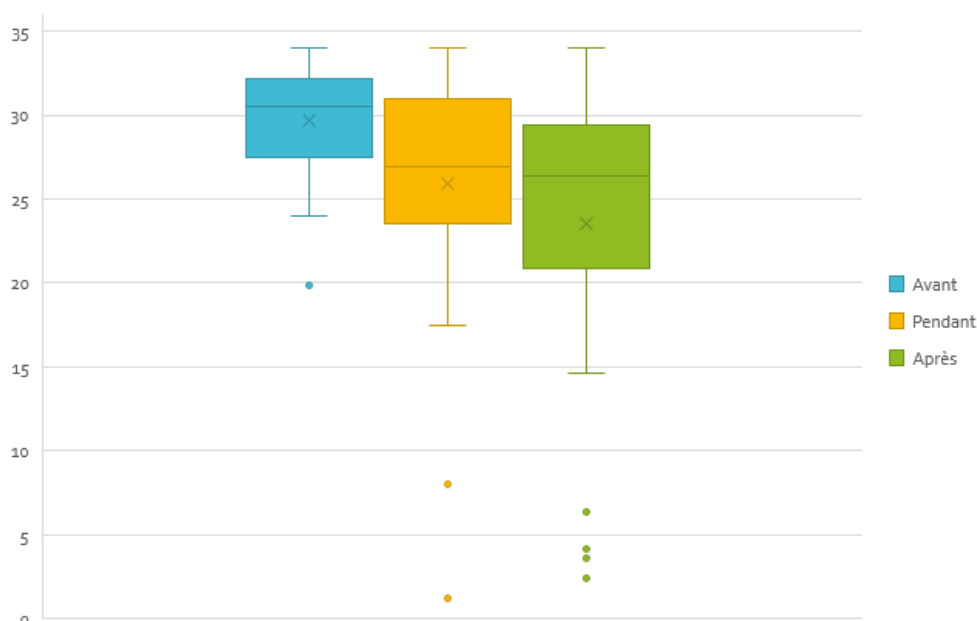


Figure 1 : Résultats des 29 patientes au FSFI sur différentes périodes de la grossesse.

Tableau I : Caractéristiques des réponses au FSFI des 29 patientes.

	MOYENNE	MEDIANE	VALEUR MAXIMALE	VALEUR MINIMALE
AVANT LA GROSSESSE	29,662	30,5	34	19,9
PENDANT LA GROSSESSE	25,948	26,9	34	1,2
APRES LA GROSSESSE	23,531	26,4	34	2,4

3. LA SEXUALITE DURANT LA GROSSESSE

Au total, 51,72% (n=15) ont rapporté une expérience négative de leur sexualité durant leur grossesse, avec une perte de désir sexuel, des difficultés de la part de leur conjoint ne les trouvant plus désirables ou encore gênés par la présence du bébé. Elles ont également rapporté des difficultés à répondre aux attentes de leur partenaire, une sensation douloureuse lors de la pénétration, une

sexualité non épanouissante ou frustrante, avec une atteinte de l'orgasme plus difficile, mais aussi la peur des rapports et du risque de fausse couche.

Au contraire, 34,48% (n=10) des femmes ont rapporté une sexualité épanouie durant leur grossesse, avec une augmentation de leur désir sexuel.

Enfin, 13,8% (n=4) des femmes ont rapporté avoir une sexualité inchangée durant leur grossesse.

96,6% (n=28) de ces femmes ont pu discuter avec leur partenaire des éventuels changements, positifs ou négatifs, de leur sexualité durant cette période. La patiente n'en ayant pas parlé rapporte une timidité de sa part concernant ce sujet.

Concernant les huit patientes multipares, trois d'entre elles n'ont pas eu de modification de leur sexualité comparativement à leur(s) précédente(s) grossesse(s), trois ont rapporté, des difficultés d'organisation, une grossesse difficile, des difficultés à atteindre l'orgasme ou encore l'appréhension de la reprise des rapports sexuels, avec la présence de lésions périnéales à la suite de leur accouchement. Et, au contraire, deux femmes ont rapporté une meilleure connaissance de leur corps ainsi qu'une augmentation de leur désir sexuel.

4. L'ACCOUCHEMENT

Lors de l'accouchement 89,7% (n=26) des partenaires ont pu assister à l'accouchement, les 10,3% (n=3) n'ayant pas pu être présents se sont vu refuser l'entrée en raison du contexte Covid.

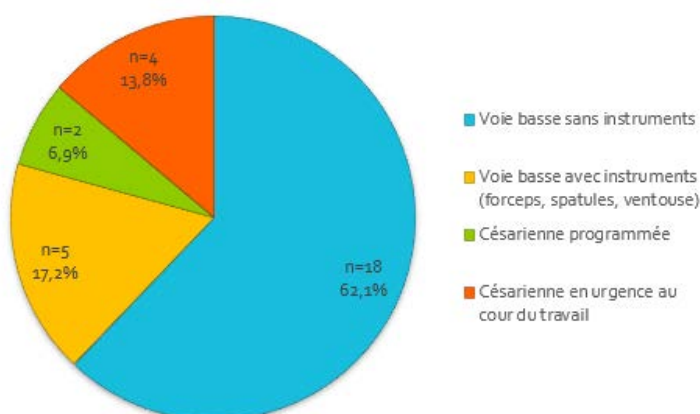


Figure 2 : Différents modes d'accouchement des 29 patientes

17 des 23 patientes ayant accouché par voie basse avaient des lésions périnéales et 14 d'entre-elles ont eu un impact sur la reprise des rapports sexuels.

Concernant le ressenti des femmes durant leur accouchement, 79,31% (n=23) d'entre-elles ont décrit leur accouchement satisfaisant avec un bon vécu de celui-ci, un accouchement rapide et une absence de complication, malgré le fait que cela soit parfois éprouvant ou douloureux. Les 20,69% (n=6) restant ont décrit un accouchement compliqué, une perte de moyens de leur part ainsi qu'un manque de prise en charge physiologique malgré un projet de naissance pour l'une d'entre-elles.

5. LES SUITES DE L'ACCOUCHEMENT

58,6% (n=17) des patientes ont présenté des douleurs périnéales les jours suivant l'accouchement. Parmi ces patientes douloureuses, seulement 12 rapportent avoir été prises en charge par l'équipe soignante.

Ces douleurs ont eu un impact sur la reprise des rapports sexuels pour 11 des 17 patientes. Les patientes algiques ont décrit des douleurs au niveau de la symphyse pubienne ou de la cicatrice périnéale, des sensations de brûlure lors de la pénétration ainsi qu'une appréhension concernant la reprise des rapports sexuels, entraînant une reprise plus tardive qu'envisagée.

79,3% (n=23) des patientes ont allaité leur enfant durant 5,4 mois en moyenne. L'allaitement a eu un impact sur la reprise des rapports sexuels dans neuf cas en raison de fatigue, mastodynies et d'attention focalisée sur leur enfant plutôt que leur conjoint.

6. LE RETOUR A DOMICILE

Une contraception a été proposée dans 86,2% (n=25) des cas et 13 patientes sur ces 25 l'ont prise à la sortie de la maternité.

Les 12 patientes n'ayant pas souhaité avoir de contraception à la sortie de la maternité estimaient que cela n'était pas nécessaire (n=3), que l'utilisation de préservatif était suffisante (n=2), qu'elles avaient l'intention d'attendre le plus possible avant de reprendre une activité sexuelle (n=2), qu'elles ne souhaitaient pas prendre de contraception hormonale (n=1) ou encore d'attendre leur visite du post-partum afin de pouvoir bénéficier d'un Dispositif Intra-Utérin (DIU) (n=4)

La question de la reprise des rapports sexuels a été abordée pour 29,6% (n=8) des patientes lors de leur sortie.

La relation de couple des patientes s'est modifiée pour 55,2% (n=16) d'entre elles, pour 11 d'entre elles, cela se traduisait par l'apparition de fatigue, de tension dans le couple ainsi qu'un manque de disponibilité et pour les cinq autres, au contraire, la relation avec leur partenaire était devenue plus intense.

Lors des consultations après la sortie de la maternité, 58,6% (n=17) des patientes ont parlé de la reprise des rapports sexuels (Figure 3) :

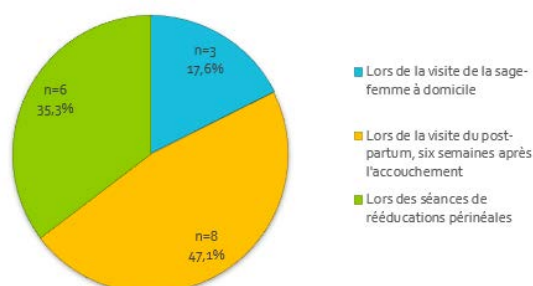


Figure 3 : Les différentes périodes de discussion de la reprise de la sexualité chez 17 patientes

Dans huit cas sur 17, la patiente était à l'origine de cette discussion, dans huit cas, elle était à l'initiative des soignants et dans un cas, l'origine venait des deux parties. Dans 100% (n=17) des cas, l'information était satisfaisante pour celles l'ayant reçue.

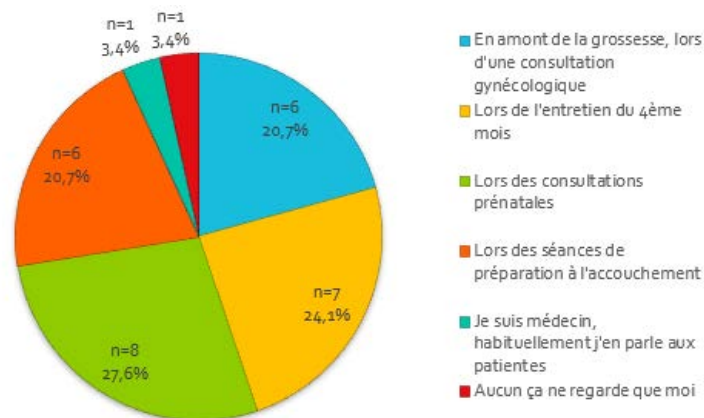


Figure 4 : Estimation des 29 patientes du moment idéal afin de parler de sexualité durant la grossesse.

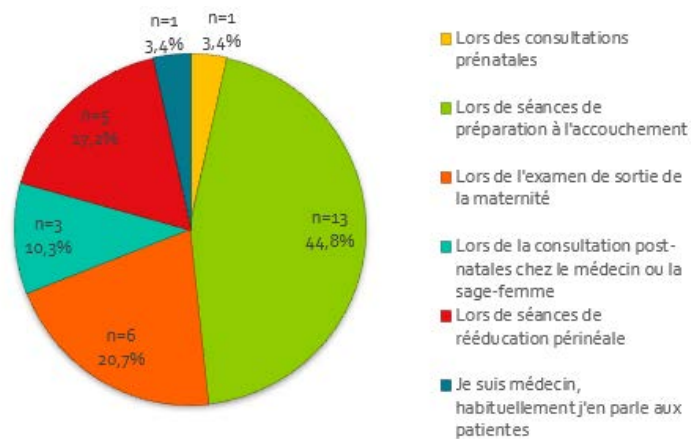


Figure 5 : Estimation des 29 patientes du moment idéal pour parler de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement.

Le professionnel de santé avec qui les patientes se sentaient le plus proche pour parler de sexualité était leur sage-femme dans 72,4% (n=21) des cas et leur gynécologue dans 27,6% (n=8) des cas.

7. LA REPRISE DE LA SEXUALITE

En moyenne, le désir des patientes est revenu six semaines et cinq jours après leur accouchement pour une médiane à quatre semaines et la reprise des rapports sexuels sept semaines et quatre jours en moyenne après leur accouchement pour une médiane à six semaines. Pour quatre d'entre elles la reprise du désir a été postérieure à la reprise des rapports sexuels. Pour une d'entre-elles la reprise du désir est apparue une semaine après la reprise des rapports sexuels, pour deux d'entre-elles, il est apparu quatre semaines après la reprise des rapports sexuels et pour une d'entre elles, il est apparu cinq semaines après la reprise des rapports.

Concernant les huit patientes multipares (Figure 6 et 7) :

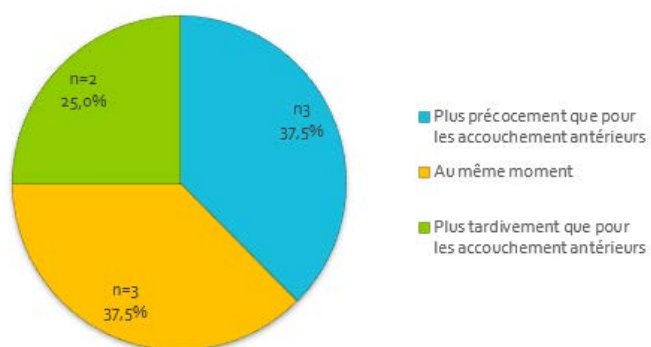


Figure 6 : Période de réapparition du désir dans le post-partum pour huit patientes multipares

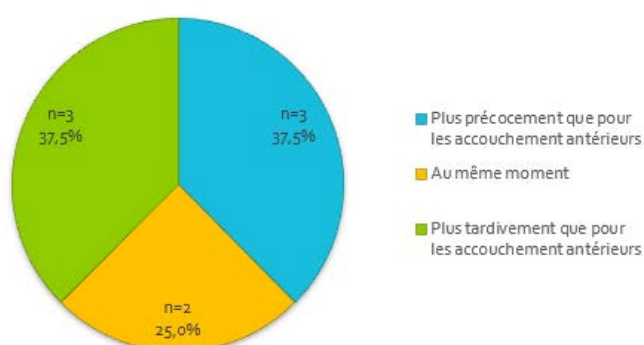


Figure 7 : Période de reprise des rapports sexuels dans le post-partum pour huit patientes multipares

Au total, 19 patientes ont présenté des difficultés à la reprise des rapports sexuels, 12 d'entre elles en ont parlé avec un professionnel de santé, ce qui a aidé cinq patientes.

Pour 20,7% (n=6) des patientes, un évènement est venu perturber leur vie de couple ayant eu un impact extérieur à leur grossesse sur leur sexualité.

DISCUSSION

1. LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ETUDE

1.1. LES POINTS FORTS

L'intégration du FSFI dans le questionnaire de notre étude a permis de mettre en évidence un potentiel trouble du désir sexuel préexistant à la grossesse et de différencier ces femmes de celles ayant un trouble induit par la grossesse ou encore de celles n'ayant aucun trouble quel que soit le moment étudié.

De plus, le fait que les femmes puissent répondre directement sur leur téléphone, lorsqu'elles le souhaitent, sans contrainte de renvoyer le questionnaire à l'investigateur, était plus simple pour elles et moins contraignant. Cela était également plus simple pour l'investigateur qui a pu recevoir toutes les réponses, instantanément, sur la même plateforme, à savoir Google Forms.

1.2. LES POINTS FAIBLES

Les questionnaires ayant été distribués sous forme de QR code dans les cabinets de sages-femmes libérales, l'investigateur n'a pas eu de maîtrise au niveau de l'inclusion des patientes. Il peut donc exister un biais de sélection ainsi qu'un biais de volontariat.

De plus, le fait de ne l'avoir mis à disposition qu'au sein des cabinets de sages-femmes libérales nécessitait que les femmes soient suivies dans leur post-partum, seulement nous estimons jusqu'à 40% des femmes ne venant pas à leur visite post-natale. [38] Certaines patientes éligibles ont donc pu échapper au recrutement.

Par ailleurs l'étude a pu comprendre un biais de réponse du fait que les enquêtées n'ont pas toutes répondu honnêtement aux différentes questions. Certaines patientes ont également pu ne pas comprendre certaines questions et donc ne pas y répondre correctement.

D'autre part, la principale limite de l'étude était sa faible représentativité liée à un échantillon étudié de petite taille. Le thème de l'étude a certainement pu décourager certaines patientes. En effet, le sujet de la sexualité reste un sujet tabou et potentiellement non prioritaire durant cette période du post-partum. Cela justifierait le nombre restreint de patientes ayant participé à l'étude. Ces résultats ne sont donc pas généralisables.

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1. L'INVESTISSEMENT DU PARTENAIRE

La première hypothèse reposait sur le fait que les femmes, dans le post-partum, pensaient que leur partenaire avait un rôle à jouer dans la reprise du désir sexuel.

Durant la grossesse, ainsi que dans le post-partum, les femmes ont besoin de se sentir soutenues et accompagnées, elles ont besoin de la présence de leur partenaire afin de vivre au mieux cette période pouvant être difficile.

Nous avons vu que durant la grossesse, 15 patientes ont présenté des difficultés sexuelles. Certaines ont fait part de la vision négative de leur conjoint sur leur changement corporel, d'autres sur leur incapacité à répondre aux attentes de leur conjoint, ou encore l'apparition de sensations

douloureuses, de peur, ou de frustration. Le conjoint présente donc une part non négligeable du ressenti de ces femmes concernant leur sexualité, ayant pu impacter leur désir sexuel.

Nous avons également vu qu'à la suite de l'accouchement, la relation de couple s'est modifiée pour 55.2% (n=16) des patientes. Cela s'expliquait notamment par l'apparition de tensions dans le couple, d'un manque de disponibilité en tant que femme ou, au contraire, d'une relation de couple s'étant intensifiée.

Seulement, l'évolution positive du couple ne s'est observée que pour cinq d'entre eux, les 11 autres couples ont partagé leur évolution négative.

En effet, les difficultés organisationnelles, l'occupation du temps par l'enfant nouveau-né, la fatigue, le manque de communication, etc. ont pu créer des tensions au sein du couple et ainsi mettre à mal l'éventuelle reprise du désir sexuel chez la femme dans le post-partum.

Après la naissance d'un enfant, le couple prend une nouvelle identité : celle de parents et non plus seulement d'amants. Le fait d'être parents exerce automatiquement une influence sur les rapports sexuels, l'enfant prenant l'attention de chacun ne permettant pas la reprise immédiate après l'accouchement. Le partage des tâches devient donc indispensable pour avoir une vision semblable de la sexualité dans le post-partum.

Si les tâches sont inégales, la fatigue prend place, le manque de temps d'un parent également et les tensions apparaissent au sein du couple, cela ne permettant pas d'avoir une vision semblable de la vie sexuelle du couple.

Seulement, dans notre étude, nous avons vu que durant la période du post-partum, malgré l'apparition de fatigue et de tension dans le couple, mettant à mal les besoins affectifs de la femme, la reprise de désir sexuel avait lieu avant six semaines du post-partum pour la majorité des femmes (n=16).

Une étude qualitative auprès de 12 femmes au Canada a montré que la relation de couple se trouvait renforcée pendant la grossesse. [39] Mais la baisse de satisfaction de la relation de couple peut avoir également un impact sur la sexualité. [40]

Par ailleurs, des études ont soulevé que le travail d'équipe dans le couple est une notion importante exerçant une influence sur la relation de couple et donc sur l'intimité. [41] Des difficultés dans la sexualité de la femme au-delà du 6^{ème} mois du post-partum doivent faire évoquer une dégradation de la qualité de la relation avec le conjoint ainsi qu'un défaut d'implication du conjoint dans la vie de famille, entre autres. [42] Dans 2 à 35,5% des cas, la fatigue nuit à la sexualité pendant la grossesse, il en est de même pour l'augmentation de la taille de l'abdomen et l'apparition de douleurs pelviennes. [39] Elle peut également nuire à la sexualité dans le post partum. [40]

Nous pouvons donc conclure que, malgré nos résultats allant vers le fait que peu importe l'implication du partenaire dans la vie de couple, il n'avait pas de rôle à jouer dans la reprise du désir sexuel, ce qui **invalide l'Hypothèse 1**, la littérature montre le contraire, en prouvant que le travail d'équipe est une notion importante qui exerce une influence positive sur la sexualité du couple.

2.2. LES CONSEQUENCES DU MODE D'ACCOUCHEMENT

La deuxième hypothèse affirmait qu'un accouchement traumatique induisait une reprise du désir sexuel après 6 semaines dans le post-partum.

Nous avons vu que 73.9% (n=17) des 23 femmes ayant accouché par voie basse ont présenté des lésions périnéales, six femmes ont accouché par césarienne programmée ou en urgence au cours du travail. Seules six femmes disent ne pas avoir eu de lésion.

À la suite de l'accouchement, 58.6% (n=17) des femmes ont présenté des douleurs périnéales et pelviennes, et seules 12 ont été prises en charge par l'équipe soignante. Ces douleurs ont eu un impact sur la reprise des rapports sexuels pour 11 patientes.

En effet, certaines femmes affirment que, malgré la reprise de leur désir sexuel, leur appréhension à la reprise des rapports était présente, notamment la peur de l'apparition de dyspareunies à la pénétration.

Ainsi, avec l'arrivée d'un enfant dans le couple, c'est tout le schéma amoureux qui est perturbé. La patiente subissant tout un processus psychologique de maturation, se sent plus mère que femme à ce moment-là et, de ce fait, n'est essentiellement disponible que pour l'enfant. Cela en va de même pour le père de l'enfant. La femme a également pu être concernée, tout au long de la grossesse et de l'accouchement, par bon nombre de gestes répétés pouvant être vécus comme traumatisants, tels que les touchers vaginaux plus ou moins douloureux, des déchirures et des épisiotomies, entre autres. Cela peut être à l'origine d'une altération de l'image de soi, voire une désacralisation de leur intimité sexuelle ou génitale. Cette angoisse peut participer à l'installation et au maintien d'une douleur chez la femme. [43]

Les études relatent qu'entre 62% et 80% des femmes souffrent de dyspareunies durant les trois premiers mois du post-partum. [44-45] Une partie des dyspareunies régressant spontanément pendant cette période, 24% d'entre-elles persistent dans les 18 mois après l'accouchement. [46-47]

Dans notre étude, en moyenne, le désir sexuel des patientes, était revenu six semaines et cinq jours après leur accouchement pour une médiane à quatre semaines.

Au total, 13 patientes sur 29 affirmaient que leur désir sexuel était apparu plus de six semaines après leur accouchement, dont seulement huit patientes ont présenté des lésions périnéales à la suite de leur accouchement voie basse et trois ont eu une césarienne (programmée ou en urgence), versus 16 patientes ayant retrouvé un désir sexuel pour leur partenaire avant six semaines de leur post-partum.

Ces résultats viennent appuyer les recherches de Higgs LE, Low LK, et Van Anders SM suggérant que le désir post-partum n'est pas significativement influencé par le statut des problèmes vaginaux. [11] Il en va de même pour l'étude de Guissy B, Pifarotti P, Facchin F, et al, affirmant que le mode d'accouchement n'avait pas eu d'incidence significative sur le délai de reprise des rapports sexuels. [27] Le vécu de la grossesse et de l'accouchement était davantage responsable de cette incidence, un accouchement par voie basse pouvant être tout autant traumatisant psychologiquement que physiquement.

Cette deuxième hypothèse ne peut donc pas être validée si nous nous basions exclusivement avec les résultats de notre étude. Mais, comme dit précédemment, le nombre de participations ne nous permettait pas de généraliser ces résultats à la population générale.

En effet, d'autres études ont démontré le contraire. C'est le cas de l'étude de Chang SR, Chang TC et Chen KH montrant une différence significative dans l'activité sexuelle, les rapports sexuels et le désir, peu après l'accouchement, entre les groupes en fonction de la méthode d'accouchement. [12] Il en va de même pour l'étude de Van Brummen HJ, Bruinse HW et Van de Pol G démontrant que les femmes étaient cinq fois moins susceptibles d'être sexuellement actives après une déchirure du sphincter anal du troisième ou quatrième degré par rapport aux femmes ayant un périnée intact. [24] L'étude de Brubaker L, Handa VL, Bradley CS et al est aussi en adéquation avec ces résultats. Elle affirme qu'à six mois du post-partum, les femmes primipares qui ont accouché avec une lacération du sphincter anal sont moins susceptibles d'avoir une activité sexuelle. [26]

En conclusion, il existe une grande disparité de résultats dans la littérature et nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, de réponse formelle à la question de l'impact d'un accouchement traumatique sur la reprise de la sexualité de la femme dans le post-partum.

2.3. LES MOTIVATIONS DE LA FEMME

La troisième hypothèse assurait que le désir sexuel de la femme dans le post-partum était motivé par des besoins davantage affectifs que génitaux.

Après un accouchement, les besoins de la femmes étaient loin d'être portés sur leur sexualité, elles étaient à la recherche de tendresse, d'affection vis-à-vis de leur conjoint à la suite de l'épreuve qu'elles venaient de traverser.

La grossesse et l'accouchement sont des expériences mettant à mal leur corps et leur psychisme. La période post-partum mêlant à la fois la fatigue, les changements corporels, les nouvelles responsabilités, les changements de rythme familial etc. Avec tout cela, il était normal qu'elles se sentent dépassées et loin d'être à la hauteur. De plus, durant cette période, nous pouvions observer une modification hormonale importante pouvant aboutir à un baby-blues.

Le regard du partenaire sur les changements corporels se déroulant durant la grossesse et après l'accouchement exerçait un rôle majeur dans le ressenti de la femme. Nous pouvions imaginer que si le conjoint n'était ni soutenant, ni investi envers sa femme, cela aurait pu être plus laborieux pour elle d'être à l'aise avec les perturbations auxquelles elle a dû faire face.

Dans le regard des hommes, certains changements ont pu être observés vis-à-vis de leur compagne passant du rôle de maîtresse, à femme enceinte et à celui de mère. Cela ayant pu entraîner un attendrissement dans le regard mais également une baisse de désir sexuel. Lorsque nous nous intéressons aux moteurs du désir sexuel masculin et que nous comprenons que, pour certains, les fantasmes anti-fusionnels ont un plus fort potentiel érogène que les fantasmes fusionnels (affectifs), la « madonisation » de la partenaire, même temporaire, peut directement influencer le niveau du désir sexuel. [9]

La grossesse ayant amené des changements importants, ils n'ont pas pu être sans conséquence sur la vie de couple. En effet, ces changements ont touché à trois dimensions de la conjugalité : la sexualité, la sensualité et l'intimité. Ces couples ayant fait face à un nouvel état, ont mis en place des outils pour mieux vivre ensemble, comme communiquer sur les changements qui s'opèrent, user de moyens différents dans leur sexualité et leur sensualité ou encore se donner du temps à deux. [3]

Dans les réponses à notre questionnaire FSFI, nous avons pu remarquer que, dans le post-partum, il existe une relation affective avec leur partenaire qui est importante dans la majorité des cas. 20 patientes disent être satisfaites de leur relation affective avec leur partenaire pendant une activité sexuelle, qui, rappelons-le, ne se limite pas à la pénétration mais peut également inclure les caresses, les préliminaires et la masturbation. Quatre patientes disent en être moyennement satisfaites, une patiente ni satisfaite, ni insatisfaite et quatre patientes n'ont eu aucune activité sexuelle.

Les femmes, en général, ont rapporté beaucoup discuter avec leur conjoint, quelque que soit le sujet. Cela était le cas concernant la sexualité durant la grossesse et la reprise de leur désir après l'accouchement. Au total, près de 100% des femmes ont rapporté avoir parlé avec leur conjoint des différents problèmes qui les ont touchées durant la grossesse et le post-partum.

Cette communication est essentielle afin d'éviter les éventuelles crises de couples pouvant briser ce qu'ils ont pu construire en amont de la grossesse et aller à l'encontre des besoins affectifs de la femme.

Nous pouvons donc valider notre hypothèse 3, les besoins affectifs de la femme étaient largement à privilégier aux besoins génitaux qui, bien souvent, passent au second plan. D'autant plus qu'il existe trois autres piliers du couple, après celui de la sexualité, à savoir les projets (l'engagement), la complicité (le plaisir d'être ensemble) et le sentiment amoureux. [48]

2.4. LA REPRISE DE LA SEXUALITE DANS LE POST-PARTUM

La quatrième hypothèse certifiait que la reprise d'une sexualité pénétrative dans le post-partum était motivée par un désir sexuel chez la femme.

Nous avons vu que pour la majorité des femmes, à savoir 25 femmes sur 29, la reprise des rapports sexuels était postérieure, voire simultanée, à la reprise de leur désir sexuel pour leur partenaire.

La reprise du désir sexuel fut antérieure à la reprise des rapports sexuels pour 12 femmes. Elles ont retrouvé une sexualité pénétrative quelques semaines après leur reprise de désir. 13 femmes l'ont retrouvée au même moment et quatre femmes ont eu une reprise du désir postérieure à la reprise de leur sexualité. Dans l'ensemble, cela nous a montré que ces couples ont été respectueux vis-à-vis de cette reprise du désir.

Cependant, au vu du faible nombre de patientes ayant participé à cette étude, cela ne nous permet pas **d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse 4**.

Dans le modèle circulaire qu'a établi Basson R, le désir sexuel est influencé par les multiples raisons d'engager ou non une activité sexuelle. Elle démontre que la motivation des femmes à avoir une relation n'est pas uniquement basée sur la récompense strictement sexuelle. Dans les facteurs

motivacionnels, on retrouve : l'amour, la proximité, l'engagement dans sa relation à l'autre. Tous ces facteurs permettront d'engager un nouveau cycle la fois suivante. [49] Les difficultés sexuelles peuvent rapidement réduire le désir sexuel et l'intérêt pour la sexualité (baisse du désir, baisse du plaisir, baisse de l'excitation) et c'est le bien-être et l'équilibre conjugal qui entrent alors en jeu. [50-51]

L'activité sexuelle a pu reprendre de façon progressive dans les couples. Tout d'abord, il a sûrement dû être essentiel de raviver la flamme du couple avec des rapprochements sensuels et des attentions de l'un vis-à-vis de l'autre, puis de débiter avec des relations sexuelles sans pénétration, avant d'aller encore plus loin dans l'activité sexuelle, avec l'acte pénétratif.

Comme dit précédemment, le désir sexuel est revenu rapidement pour la majorité des patientes, mais l'appréhension de la pénétration était tout de même présente. La reprise progressive a donc dû être primordiale afin de retrouver une sexualité épanouie.

Il aurait pu être intéressant de se questionner sur l'auto-érotisme des femmes. En effet, nous pouvons nous demander si les patientes le pratiquent et si elles ont pu s'en servir avant de reprendre contact sensuellement et sexuellement avec leur partenaire.

3. QUELLES ACTIONS A MENER POUR LES SAGES-FEMMES ?

La sexualité est régie par les normes sociales, souvent sources d'angoisse et de questionnements pour les couples. Une réassurance des femmes, par les sages-femmes, pour vivre une sexualité épanouie est nécessaire.

L'étape préliminaire et nécessaire à cette discussion repose sur la formation des sages-femmes. En effet, engager le dialogue sur un sujet tabou demande au professionnel de santé de se sentir lui-même à l'aise. Sensibiliser les sages-femmes à la sexologie et ce, le plus tôt possible et tout au long de leur formation, avec des stages pratiques, serait un atout considérable. Cela permettrait de les armer face aux discussions complexes de la sexualité. D'ailleurs, il serait intéressant d'étayer la littérature sur la question des difficultés des sages-femmes à aborder la sexualité avec leur patiente. On pourrait par exemple étudier l'impact d'une formation à la sexologie en mesurant le nombre de consultations dédiées avant et après formation.

Concernant l'entretien mené par la sage-femme, dans le but de rassurer et informer sa patiente, il pourrait se faire en deux temps :

- Donner à la femme la possibilité de s'exprimer librement sur sa sexualité
- Proposer des solutions et des informations adaptées

La grossesse et le post-partum étant le cœur de notre métier, aborder systématiquement la sexualité durant ces périodes permettrait de sensibiliser toutes les femmes. Cette sensibilisation aurait pour but :

- D'éduquer à la sexualité et la sensualité
- De dresser un état des lieux des éventuelles difficultés sexuelles rencontrées par les couples
- Expliquer les modifications physiologiques liées à la grossesse et au post-partum pouvant engendrer des difficultés sexuelles, afin de lutter contre les inquiétudes qu'engendrent ces changements

- Proposer des solutions adaptées en cas de difficultés

Il serait également intéressant de proposer aux professionnels de santé d'aborder la sexualité, de manière individuelle, en amont de la grossesse, durant la grossesse et dans le post-partum.

En effet, durant l'anamnèse ou au cours d'un entretien, une question ouverte sur la sexualité pourrait être ajoutée. Par exemple « Comment allez-vous dans votre intimité, dans votre couple ? ». L'instauration d'un climat de confiance, propice à l'échange, est nécessaire. Cette question permettrait aux femmes de s'exprimer librement auprès de leur sage-femme, sans les heurter.

On pourrait également imaginer qu'un entretien puisse être mené avant la sortie de la maternité, lors d'une proposition de contraception en post-partum, par exemple. Cette dernière étant systématiquement proposée, il pourrait être envisagé d'aborder de pair la sexualité dans le post-partum.

Le sujet concernant la sexualité reste néanmoins tabou et loin d'être la priorité des couples dans le post-partum. En effet, ne se sentant pas immédiatement concernés par le sujet, ils sont moins enclins à mémoriser les informations fournies par les sages-femmes lors de la sortie de la maternité. Il pourrait donc être intéressant de rappeler au couple, qu'à tout moment, la sexualité peut être abordée à sa demande, si le besoin s'en fait sentir.

De plus, le Réseau Sécurité Naissance a élaboré différentes plaquettes d'information concernant l'allaitement, la césarienne, etc. il pourrait être intéressant d'en éditer une sur les modifications corporelles de la grossesse et du post-partum ainsi que leur influence sur la sexualité du couple.

De nombreux axes restent donc à développer dans la recherche du bien-être des femmes. Il semble néanmoins nécessaire de rappeler qu'aborder des sujets dits « sensibles » demandent tact, bienveillance et ne s'imposent jamais.

CONCLUSION

Sujet au centre de l'identité de la mère, la sexualité n'en demeure pas moins taboue du fait de notre culture.

A travers ce travail, nous avons voulu mettre les mères en lumière afin de mieux comprendre la sexualité féminine dans le post-partum.

Au sein de notre échantillon, le mode d'accouchement, son vécu, ainsi que la présence de lésions périnéales après l'accouchement n'ont pas eu l'influence attendue quant à la reprise du désir et des rapports sexuels.

Notre étude rapporte néanmoins que la qualité des relations sexuelles s'estompe au fil de la grossesse et durant le post-partum

Malgré cela, la reprise du désir et des rapports sexuels survient majoritairement avant les six semaines post-partum que nous avons fixé.

Une bonne qualité de la relation conjugale, l'estime de soi ainsi qu'une image positive de son propre corps, semblent être des facteurs favorisant la sexualité en post-partum. Des études supplémentaires sur ces sujets pourraient permettre d'affiner la question de la perception de soi en tant qu'être sexué et celle de la satisfaction sexuelle, pour mieux prévenir de futures difficultés conjugales ou d'autres troubles comme la dépression du post-partum.

La sexualité représente un enjeu majeur en matière de prévention et d'éducation. Depuis l'extension de nos compétences, la sage-femme a donc un rôle important à jouer, non pas seulement en période périnatale mais tout au long du suivi gynécologique de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Greene S. Pourquoi l'épanouissement sexuel est important ? En couple, en solitaire. Nov 2019. [En ligne]. (Consulté le 22/05/2021) ; Disponible sur : <https://sophiegreene-therapiesexo.fr/2019/11/14/pourquoi-lepanouissement-sexuel-est-important/#:~:text=Avoir%20une%20sexualit%C3%A9%20%C3%A9panouie%2C%20c,elle%2Dm%C3%AAme%20%C3%A9panouie%20permet%20cela>
- [2] Aubry P. La sexualité de la femme après un premier enfant. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Versailles. Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines. 2017 ; 66p.
- [3] De Montigny F, De Montigny P, Dennie Fillon E. Sexualité et grossesse, l'expérience des couples. ResearchGate. Jan 2015 ; 12(1) : 40-2.
- [4] Ministère des solidarités et de la santé. Santé sexuelle. Dec 2021. [En ligne]. (Consulté le 03/01/2022) ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
- [5] Bajos N, Bozon M. Transformation des comportements, immobilité des représentations. Informations sociales. 2007. 8(144) : 22-33.
- [6] Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle et reproductive : Compétences de base en soins primaires. 2012. 1-53.
- [7] International Confederation of Midwives. Définition de la sage-femme et pratique sage-femme. CNEMa. 2017. [En ligne]. (Consulté le 29/03/2022) ; Disponible sur : <https://cnema.fr/cnema/2017/10/21/definition-de-la-sage-femme-mise-a-jour-2017/>
- [8] Johnson CE. Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum. J Sex Med. Wiley Online Library. 2011 Apr; 8(5): 1267-84.
- [9] Touraine-Sourdet M. La sexualité masculine pendant la grossesse. [Mémoire]. Faculté des sciences humaines et sociales. Université de Metz-Lorraine. 2018 ; 64p.
- [10] Cour F, Bonierbale M. Troubles du désir sexuel féminin. Association française d'urologie. Juil 2013 ; 23(9) : 562-74.
- [11] Hipps LE, Low LK, Van Anders SM. Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. International. J Sex Med. Wiley Online Library. 2012 Jun; 9(9): 2330-41.
- [12] Chang SR, Chang TC, Chen KH et I. Sexual Function in Women 3 Days and 6 Weeks After Childbirth: A Prospective Longitudinal Study Using the Taiwan Version of the Female Sexual Function Index. Women's sexual health. 2010; 7: 3946-56.
- [13] Brezsnayak M, Whisman MA, Sexual desire and relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. J Sex Marital Ther. 2004 May-Jun; 30(3): 199-217.
- [14] Lhomond B. Qu'est ce qu'un rapport sexuel ? Remarques à propos des enquêtes sur les comportements. Mots. Dec 1996(49) : 107-8.

- [15] Amnesty International. Le consentement, c'est ça : comment parler du consentement (et le penser). Juin 2021. [En ligne]. (Consulté le 03/01/2022) ; Disponible sur : <https://www.amnesty.org/fr/latest/campaigns/2021/06/ltay-toolkit-blog-how-to-talk-and-think-about-consent/>
- [16] Guillaume B. Démocratie et consentement sexuels. Raison publique. 2017. 1(21). 175-83.
- [17] Santé publique France. Le consentement : une question majeure pour les adolescents. Oct 2018. 1-9
- [18] Foucault C. Sexualité du post-partum. Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapport sexuels. [Mémoire]. Ecole de sage-femme Baudelocque. Université Paris Descartes. 2011 ; 91p.
- [19] Colson MH. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. Gynécologie obstétrique et fertilité. Elsevier Masson. Juin 2014 ; 42(0) : 714-20.
- [20] McDonald E, Woolhouse H, Brown S. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. Midwifery. 2017 Sep ; 55 : 60-6.
- [21] 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. 2014 ; 44(3) : 280-5.
- [22] Glazener CMA. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1997; 104:330-5.
- [23] Connolly AM, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction. 2005; 16:263-7.
- [24] Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G et al. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? BJOG. 2006; 113: 914-8.
- [25] Farine F, Lalanne-Magné F. Vaincre le tabou de la sexualité en périnatalité : un défi pour les sages-femmes. [Mémoire]. Haute école de santé Genève. Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. 2016 ; 85p.
- [26] Brubaker L, Handa VL, Bradley CS et al. Sexual Function 6 Months After First Delivery. Obstetrics & gynecology. 2008 May; 111(5): 1040-4.
- [27] Giussy B, Pifarotti P, Facchin F et al. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. The journal of sexual medicine. 2016 Fev ; 13(3) : 393-401.
- [28] Richermoz C. La reprise des rapports sexuels dans le post-partum. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Grenoble. Université de Grenoble Alpes. 2019 ; 59p.

- [29] Toesca C. Sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Nice. Université de Nice Sophia-Antipolis. 2017 ; 106p.
- [30] Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R et al. Sexualité féminine au cours de la grossesse et en post-partum : A propos de 80 femmes tunisiennes. La Tunisie Médicale. 2012 ; 90(12) : 873-77.
- [31] Jalabert A. Devenir père et mère, et rester partenaires. [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Metz. Université Henri Poincaré, Nancy I. 2012 ; 28p.
- [32] Cappell J, Pukall CF. Perceptions of the effects of childbirth on sexuality among nulliparous individuals. Birth. 2017 Oct ; 45(1) : 1-9.
- [33] Groman E. Comment parler de la sexualité après l'accouchement. Vocation Sage-femme. Elsevier Masson. Mar-Avr 2016 ; 119 : 30-4.
- [34] Fargis E. Reprise des rapports sexuels dans le post-partum : appréhensions et informations des primipares. [Mémoire]. Ecole de sage-femme d'Angers. Université d'Angers. 2017 ; 28p.
- [35] Ortigue S, Bianchi-Demicheli F. Interactions entre excitation et désir sexuel : des relations interpersonnelles aux réseaux neuronaux. Revue médicale Suisse. 2007 ; 3(104) :809-13.
- [36] Géonet M, De Sutter P, Zech, E. Quelles mesures pour évaluer la baisse du désir sexuel chez la femme ? Sexologies. Elsevier Masson. Avr-mai 2017 ; 26(2) :103-9.
- [37] Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. Journal of Sex & Marital Therapy. 2010 Aug; 31(1): 1-20.
- [38] Linet T. Contraception post-partum. MOOC contraception : l'affaire de tous. PNS. 2019. [En ligne]. (Consulté le 08/04/2022) ; Disponible sur : <https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/module/session/course/236>
- [39] De Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, et al. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 1. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Oct 2016 ; 45(8) : 796-808.
- [40] De Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, et al. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 2. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Oct 2016 ; 45(8) : 809-20.
- [41] Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. Dec 2012; 33(4): 185-90.
- [42] Colson M-H. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Oct 2014 ; 42(10) : 714-20.
- [43] Van der Schueren B. Parler de sexualité à la maternité : tabou ou nécessité ? Sage-femme Suisse. 2004 ; 3 : 26-9.

- [44] Lucena HM, Mukhopadhyay S, Morris E. Dyspareunia: a difficult symptom in gynaecological practice. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 2015; 25 (4): 96-101.
- [45] Kettle C, Ismail KM, O'Mahony F. Dyspareunia following childbirth. *The Obstetrician and Gynaecologist*. 2005; 7(4): 245-9.
- [46] McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: A prospective cohort study. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015; 122(5): 672-9.
- [47] McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months postpartum: a cohort study. *Midwifery*. 2016; 34: 15-20.
- [48] Santelli E. L'amour conjugal, ou parvenir à se réaliser dans le couple. Réflexions théoriques sur l'amour et typologie de couples. *Recherches familiales*. 2018 ; 1(15) : 11-26.
- [49] Basson R. The Femal Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26(1): 51-65.
- [50] Wunsch S, Brenot P. Les attentes sexuelles des femmes face aux attentes de leur partenaire. *Sexologies*. 2016; 25: 31-4.
- [51] Trudel G. Sexuality and Marital Life: Results of a Survey. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2002; 28: 229-49.

ANNEXES

Annexe I : Recueil de données

ANNEXE I : RECUEIL DE DONNEES

Généralités, mode de vie :

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Combien d'enfants avez-vous ?
- 3) Quelle est votre situation conjugale actuelle ?
 - Mariée, Pacsée
 - En cohabitation avec mon partenaire
 - En relation de couple, sans cohabitation avec mon partenaire
 - En relation de fréquentation non exclusive (avec plus d'un partenaire)
 - Actuellement sans partenaire (célibataire, séparée, divorcée, veuve)
- 4) Quel type de relation intime vivez-vous actuellement ?
 - Relation hétérosexuelle
 - Relation homosexuelle
- 5) Depuis combien de temps êtes-vous en relation avec votre partenaire actuel ?

Concernant la préparation de la grossesse :

- 6) Aviez-vous une contraception avant cette grossesse ?
 - Oui
 - Non
- 7) Cette grossesse était :
 - Programmée
 - Non Programmée
- 8) Si vous aviez un moyen de contraception, combien de temps après son arrêt votre grossesse est-elle arrivée ?
- 9) Etes-vous passée par le service d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) ?
 - Oui
 - Non

Concernant votre sexualité :

Instructions : Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel durant la phase précédant votre grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement que possible. Lorsque vous répondez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

- L'activité sexuelle peut comprendre des caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.
- Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.

- La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.
- Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.

10) Ressentez-vous du désir sexuel :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Presque toujours ou toujours			
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)			
Parfois (environ la moitié du temps)			
Rarement (moins de la moitié du temps)			
Presque jamais ou jamais			

11) Quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Très élevé			
Elevé			
Moyen			
Faible			
Très faible ou inexistant			

12) Vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Presque toujours ou toujours			
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)			
Parfois (environ la moitié du temps)			
Rarement (moins de la moitié du temps)			
Presque jamais ou jamais			
Aucune activité sexuelle			

13) Quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité ou un rapport sexuel :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Très élevé			
Elevé			
Moyen			
Faible			
Très faible ou inexistant			
Aucune activité sexuelle			

14) A quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Extrêmement sûre			
Très sûre			
Moyennement sûre			
Peu sûre			
Très peu sûre ou pas sûre du tout			
Aucune activité sexuelle			

15) Avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Presque toujours ou toujours			
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)			
Parfois (environ une fois sur deux)			
Rarement (moins d'une fois sur deux)			
Presque jamais ou jamais			
Aucune activité sexuelle			

16) Votre vagin était-il lubrifié naturellement (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Presque toujours ou toujours			
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)			
Parfois (environ une fois sur deux)			
Rarement (moins d'une fois sur deux)			
Presque jamais ou jamais			
Aucune activité sexuelle			

17) A quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Pas difficile			
Légèrement difficile			
Difficile			
Très difficile			
Extrêmement difficile ou impossible			
Aucune activité sexuelle			

18) La lubrification de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Presque toujours ou toujours			
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)			
Parfois (environ une fois sur deux)			
Rarement (moins d'une fois sur deux)			
Presque jamais ou jamais			
Aucune activité sexuelle			

19) A quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Pas difficile			
Légèrement difficile			
Difficile			
Très difficile			
Extrêmement difficile ou impossible			
Aucune activité sexuelle			

20) Lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Presque toujours ou toujours			
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)			
Parfois (environ une fois sur deux)			
Rarement (moins d'une fois sur deux)			
Presque jamais ou jamais			
Aucune activité sexuelle			

21) Lorsque vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Pas difficile			
Légèrement difficile			
Difficile			
Très difficile			
Extrêmement difficile ou impossible			
Aucune activité sexuelle			

22) A quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Très satisfaite			
Moyennement satisfaite			
Ni satisfaite, ni insatisfaite			
Moyennement insatisfaite			
Très insatisfaite			
Aucune activité sexuelle			

23) A quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Très satisfaite			
Moyennement satisfaite			
Ni satisfaite, ni insatisfaite			
Moyennement insatisfaite			
Très insatisfaite			
Aucune activité sexuelle			

24) A quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Très satisfaite			
Moyennement satisfaite			
Ni satisfaite, ni insatisfaite			
Moyennement insatisfaite			
Très insatisfaite			

25) A quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général :

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Très satisfaite			
Moyennement satisfaite			
Ni satisfaite, ni insatisfaite			
Moyennement insatisfaite			
Très insatisfaite			

26) Avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Presque jamais ou jamais			
Rarement (moins d'une fois sur deux)			
Parfois (environ une fois sur deux)			
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)			
Presque toujours ou toujours			
Je n'ai pas eu de rapport sexuel			

27) Avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Presque jamais ou jamais			
Rarement (moins d'une fois sur deux)			
Parfois (environ une fois sur deux)			
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)			
Presque toujours ou toujours			
Je n'ai pas eu de rapport sexuel			

28) Quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
Très faible ou inexistant			
Faible			
Moyen			
Elevé			
Très élevé			
Je n'ai pas eu de rapport sexuel			

En conclusion :

29) Quel a été votre ressenti concernant votre sexualité durant la grossesse ?

.....

30) Avez-vous pu en discuter avec votre partenaire ?

- Oui
- Non, **pourquoi** ?

31) Si vous avez plusieurs enfants, votre sexualité a-t-elle été identique que lors de la (des) précédente(s) grossesse(s) ?

- Oui
- Non, **pourquoi** ?

Concernant votre accouchement :

32) Comment avez-vous vécu votre accouchement ? (Était-il comme vous l'aviez prévu ?)

.....

33) Votre compagnon a-t-il assisté à l'accouchement ?

- Oui
- Non, **pourquoi** ?

34) Quel fut votre mode d'accouchement ?

- Voie basse sans instruments
- Voie basse avec instruments (forceps, spatules, ventouse)
- Césarienne programmée
- Césarienne en urgence au cours du travail

35) Si vous avez accouché par voie basse, avez-vous eu les lésions périnéales (déchirure, épisiotomie, sutures) ?

- Oui, **de quel type** ?
- Non

36) Si oui, ces lésions ont-elles eu un impact sur la reprise de vos rapports sexuels ?

- Oui
- Non

Concernant les suites de votre accouchement :

37) Avez-vous eu des douleurs périnéales (bas ventre, sphère intime) les jours suivant l'accouchement ?

- Oui
- Non

38) Si oui, ont-elles été prise en charge par l'équipe soignante ?

- Oui
- Non

39) Ces douleurs ont-elles eu un impact sur la reprise de vos rapports sexuels ?

- Oui, **comment** ?
- Non

40) Avez-vous allaité votre enfant ?

- Oui, **combien de temps** ?
- Non

41) Si oui, cela a-t-il eu un impact sur la reprise de vos rapports sexuels ?

- Oui, **pourquoi** ?
- Non

42) Lors de l'examen de sortie de la maternité, vous a-t-on proposé une contraception ?

- Oui, **la/lesquelles** ?
- Non

43) Si oui, l'avez-vous prise avant la visite du post-partum ?

- Oui
- Non, **pourquoi** ?

44) A l'occasion de cette sortie, vous a-t-on parlé de la reprise des rapports sexuels ?

- Oui
- Non

45) Avez-vous pu poser toutes vos questions ?

- Oui
- Non, **pourquoi** ?

46) A la suite de l'accouchement, votre relation de couple s'est-elle modifiée ?

- Oui, **comment** ?
- Non

47) Lors des consultations **après** la sortie de la maternité, vous a-t-on ou avez-vous pu parler de la reprise des rapports sexuels ?

- Non
- Oui, **à quel moment** :
 - Visite de la sage-femme à domicile
 - Lors de la visite du post-partum 6 semaines après l'accouchement
 - Lors des séances de rééducations périnéales

48) Si oui, qui était à l'origine de cette discussion ?

- A votre demande
- A l'initiative des soignants
- Autre

49) L'information reçue était-elle satisfaisante ?

- Oui
- Non, **pourquoi** ?

50) Pour vous, quel aurait été le moment idéal pour parler de sexualité **durant la grossesse** ?

- En amont de la grossesse, lors d'une consultation gynécologique
- Lors de l'entretien du 4^{ème} mois
- Lors de consultations prénatales
- Lors de séances de préparation à l'accouchement
- Autre :

51) Quel aurait été le moment idéal pour parler de la reprise des rapport **après l'accouchement** ?

- Lors de l'entretien du 4^{ème} mois
- Lors de consultations prénatales
- Lors de séances de préparation à l'accouchement
- Lors de l'examen de sortie de la maternité
- Lors de la consultation post-natale chez le médecin ou la sage-femme
- Lors de séances de rééducation périnéale
- Autre :

- 52) De quel professionnel de santé vous-êtes-vous sentie la plus proche pour parler de sexualité ?
- Médecin
 - Sage-femme
 - Autre :
- 53) Au bout de combien de semaines, après l'accouchement, votre **désir** sexuel pour votre partenaire est-il revenu ?
-
- 54) Au bout de combien de semaines, après l'accouchement, vos **rapports** sexuels ont-ils repris ?
-
- 55) Si vous avez plusieurs enfants, cette reprise du **désir** a-t-elle été :
- Plus précocement que pour les accouchements précédents
 - Au même moment
 - Plus tardivement que pour les accouchements précédents
- 56) Si vous avez plusieurs enfants, cette reprise des **rapports** sexuels a été :
- Plus précocement que pour les accouchements précédents
 - Au même moment
 - Plus tardivement que pour les accouchements précédents
- 57) En avez-vous parlé avec votre conjoint ?
- Oui
 - Non, **pourquoi** ?
- 58) Avez-vous parlé de ces problèmes avec un professionnel de santé ?
- Oui, **cela vous a-t-il aidé** ?
 - Non
- 59) Y a-t-il eu, durant la grossesse, ou après l'accouchement, un évènement ayant pu perturber votre vie de couple ? (Difficultés financière, décès d'un proche...)
- Ou
 - Non
- 60) Avez-vous des remarques ou commentaires à nous faire part ?
-
-
-
-

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon mémoire.

Etat des lieux concernant la reprise de la sexualité chez la femme dans le post-partum

Etude quantitative descriptive de cohorte, par questionnaire semi-directif.

A propos de 29 femmes à Metz en 2022

RESUME

Introduction : Après l'accouchement, la perception de l'image corporelle que la femme a d'elle-même, la préoccupation des parents sur leur enfant, le mode d'accouchement, sont des motifs d'une baisse de désir. Cela nous amène à nous demander si dans le post-partum, la reprise de la sexualité pénétrative est motivée par un désir sexuel chez la femme ? Il s'agit d'aider les sages-femmes à comprendre les couples afin de les accompagner pour qu'ils puissent retrouver une sexualité épanouie dans le post-partum. **Méthode** : Nous avons réalisé une étude épidémiologique quantitative observationnelle descriptive de cohorte multicentrique par questionnaire semi-directif concernant 29 femmes francophones, au moins à six semaines de leur post-partum, étant dans une relation hétérosexuelle. Cette étude a été menée sur le premier trimestre 2022. **Résultat** : 51.72% (n=15) des femmes ont rapporté une expérience négative de leur sexualité durant leur grossesse. 17 des 23 patientes ayant accouché par voie basse avaient des lésions périnéales et 14 d'entre-elles ont eu un impact sur la reprise des rapports sexuels. En moyenne, le désir des patientes est revenu six semaines et cinq jours après leur accouchement pour une médiane à quatre semaines et la reprise des rapports sexuels sept semaines et quatre jours en moyenne après leur accouchement pour une médiane à six semaines. Pour quatre patientes la reprise du désir a été postérieure à la reprise des rapports sexuels. **Conclusion** : Le mode d'accouchement, son vécu, et la présence de lésions périnéales après l'accouchement n'ont pas eu l'influence attendue concernant la reprise du désir et des rapports sexuels. La qualité des relations sexuelles est souvent diminuée au fil des différentes périodes qui entourent la grossesse. Une bonne qualité de la relation conjugale, l'estime de soi et l'image de son corps semblent être des facteurs favorisant la sexualité en post-partum.

MOTS CLES : SEXUALITE, POST-PARTUM, DESIR SEXUEL, EPANOUISSEMENT

ABSTRACT

Introduction : After childbirth, the perception of the body image that the woman has of herself, the parents' concern about their child, the mode of delivery, are reasons for a decrease in desire. This leads us to wonder if in the postpartum, the resumption of penetrative sexuality is motivated by a sexual desire in the woman? It is about helping midwives to understand couples to support them so that they can rediscover fulfilling sexuality in the postpartum. **Methods** : We carried out a descriptive quantitative epidemiological observational multicenter cohort study by semi-directive questionnaire concerning 29 French-speaking women, at least six weeks postpartum, being in a heterosexual relationship. This study was conducted over the first quarter of 2022. **Results** : 51.72% (n=15) of women reported a negative experience of their sexuality during pregnancy. 17 of the 23 patients who gave birth vaginally had perineal lesions and 14 of them had an impact on the resumption of sexual intercourse. On average, the desire of the patients returned six weeks and five days after giving birth for a median of four weeks and the resumption of sexual intercourse seven weeks and four days on average after giving birth for a median of six weeks. For four patients, the resumption of desire was after the resumption of sexual intercourse. **Conclusion** : The mode of delivery, its experience, and the presence of perineal lesions after delivery did not have the expected influence on the resumption of desire and sexual intercourse. The quality of sexual relations is often diminished over the different periods surrounding pregnancy. A good quality of the marital relationship, self-esteem and body image seem to be factors favoring postpartum sexuality.

KEY WORDS : SEXUALITY; POSTPARTUM; SEXUAL DESIRE; FULFILLMENT