



**HAL**  
open science

**Accompagnement à la sexualité du post-partum par les  
sages-femmes : étude qualitative des pratiques  
professionnelles de l'accompagnement à la sexualité de  
12 sages-femmes hospitalières et libérales de Moselle de  
novembre 2021 à janvier 2022**

Emilie Couvet

► **To cite this version:**

Emilie Couvet. Accompagnement à la sexualité du post-partum par les sages-femmes : étude qualitative des pratiques professionnelles de l'accompagnement à la sexualité de 12 sages-femmes hospitalières et libérales de Moselle de novembre 2021 à janvier 2022. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04324631

**HAL Id: hal-04324631**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04324631v1>**

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](mailto: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.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

Accompagnement à la sexualité du post-partum  
par les sages-femmes

Étude qualitative des pratiques professionnelles de l'accompagnement à la sexualité  
de 12 sages-femmes hospitalières et libérales de Moselle  
de novembre 2021 à janvier 2022

Mémoire présenté et soutenu par

Emilie COUVET

Née le 23 Août 1998

Directeur de mémoire : Laure Bernard

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2018 - 2022



Université de Lorraine  
École de Sages-Femmes de METZ

Accompagnement à la sexualité du post-partum  
par les sages-femmes

Étude qualitative des pratiques professionnelles de l'accompagnement à la sexualité  
de 12 sages-femmes hospitalières et libérales de Moselle  
de novembre 2021 à janvier 2022

Mémoire présenté et soutenu par

Emilie COUVET

Née le 23 Août 1998

Directeur de mémoire : Laure Bernard

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2018 - 2022

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame BERNARD, ma directrice de mémoire, pour son aide précieuse, son soutien, sa bienveillance et sa disponibilité durant ces deux années de travail sur ce projet.

Je remercie également Madame HENNER, mon experte de mémoire, d'avoir accepté de participer à ce projet et pour son accompagnement tout au long de ce parcours.

Je remercie Madame GOUBET, sexologue clinicienne, qui m'a fait découvrir la sexologie et qui a piqué ma curiosité sur le sujet menant à la rédaction de ce mémoire.

Je remercie aussi toutes les sages-femmes libérales et hospitalières qui m'ont accordé de leur temps pour répondre à mon étude.

Je ne remercierai jamais assez ma mère et mes sœurs pour leur soutien précieux tout au long de mes études et pour avoir cru en moi depuis le début.

Je remercie également Sylvian pour tout l'amour, le soutien et le réconfort qu'il m'a apporté, malgré la distance, durant toutes ces années.

Je remercie tout particulièrement Lisa, Coline et Théo pour tous ces moments partagés ensemble, pour leur soutien sans faille et sans qui ces cinq années n'auraient pas été les mêmes.

**ABREVIATION :**

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

DE : Diplôme d'État

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PRADO : Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile

## SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>ABREVIATION :</b> .....	<b>5</b>
<b>PARTIE 1 : INTRODUCTION ET CONTEXTE</b> .....	<b>7</b>
1. <b>CONCEPT DE SANTE SEXUELLE ET DE SEXUALITE</b> .....	<b>7</b>
1.1. LA SANTE SEXUELLE .....	7
1.2. LA SEXUALITE .....	8
2. <b>PHYSIOLOGIE DE LA REPOSE SEXUELLE FEMININE</b> .....	<b>8</b>
2.1. LE MODELE DE MASTERS ET JOHNSON .....	9
2.2. LE MODELE D'HELEN KAPLAN .....	10
2.3. LE MODELE DE ROSEMARY BASSON .....	10
3. <b>SEXUALITE DE LA GROSSESSE AU POST-PARTUM</b> .....	<b>11</b>
3.1. LA GROSSESSE .....	11
3.2. CAS PARTICULIER : LA PROCREATION MEDICALMENT ASSISTEE .....	12
3.3. LE POST-PARTUM .....	12
3.4. INFORMATIONS AUX COUPLES .....	13
4. <b>PLACE DE LA SAGE-FEMME</b> .....	<b>13</b>
<b>PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>14</b>
1. <b>PROBLEMATIQUE</b> .....	<b>14</b>
2. <b>TYPE D'ETUDE</b> .....	<b>14</b>
3. <b>OBJECTIF</b> .....	<b>14</b>
4. <b>HYPOTHESES</b> .....	<b>14</b>
5. <b>POPULATION D'ETUDE</b> .....	<b>14</b>
6. <b>CRITERES DE JUGEMENT</b> .....	<b>15</b>
7. <b>RECUEIL DE DONNEES</b> .....	<b>15</b>
8. <b>PERIODE ET LIEU DE L'ETUDE</b> .....	<b>15</b>
9. <b>OBLIGATION REGLEMENTAIRE</b> .....	<b>15</b>
<b>PARTIE 3 : RESULTATS</b> .....	<b>16</b>
1. <b>PRESENTATION DE L'ETUDE</b> .....	<b>16</b>
2. <b>SUJET SYSTEMATIQUEMENT ABORDE PAR LES SAGES-FEMMES</b> .....	<b>17</b>
3. <b>LE MOMENT POUR ABORDER LE SUJET</b> .....	<b>17</b>
4. <b>INFORMATIONS DONNEES PAR LES SAGES-FEMMES ET DEMANDES DES PATIENTES</b> .....	<b>18</b>
5. <b>CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES</b> .....	<b>20</b>
6. <b>BESOIN D'UNE FORMATION COMPLEMENTAIRE</b> .....	<b>20</b>
7. <b>CONSULTATION DEDIEE A LA SEXUALITE DU POST-PARTUM</b> .....	<b>21</b>
<b>PARTIE 4 : DISCUSSION</b> .....	<b>24</b>
1. <b>FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE</b> .....	<b>24</b>
2. <b>SUJET SYSTEMATIQUEMENT ABORDE PAR LES SAGES-FEMMES</b> .....	<b>25</b>
3. <b>A QUEL MOMENT ABORDER LE SUJET ?</b> .....	<b>27</b>
4. <b>INFORMATIONS DONNEES ET DEMANDES DES PATIENTES</b> .....	<b>28</b>
4.1. INFORMATION DELIVREES PAR LES SAGES-FEMMES .....	28
4.2. INTERROGATIONS ET CRAINTES DES PATIENTES .....	30
4.3. DOLEANCES DES PATIENTES .....	31
5. <b>CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES</b> .....	<b>31</b>
6. <b>BESOIN DE FORMATION DES SAGES-FEMMES</b> .....	<b>33</b>
7. <b>CONSULTATION DEDIEE A LA SEXUALITE POSTNATALE</b> .....	<b>34</b>
8. <b>PERSPECTIVES D'AMELIORATION</b> .....	<b>36</b>
8.1. LUTTER CONTRE LE TABOU LIE A LA SEXUALITE .....	36
8.2. INFORMATIONS SUR LA SEXUALITE EN PERINATALITE .....	37
8.3. FORMATIONS DES SAGES-FEMMES .....	37
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>40</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>45</b>



## **PARTIE 1 : INTRODUCTION ET CONTEXTE**

Le post-partum est une période particulièrement sensible notamment sur le plan sexuel, liée à la nécessité de récupération physique et psychique de la femme, et où le couple voit sa sexualité bouleversée. Selon l'étude de Jalabert [1] réalisée en 2011 portant sur l'impact de la naissance du premier enfant sur la qualité de la sexualité du couple, 64% des couples rapportent une diminution de leur activité sexuelle, s'expliquant par le changement de rythme de vie causé par la naissance de l'enfant. Leur sexualité est influencée, tant au niveau de la fréquence, de la satisfaction que du désir, par différents facteurs tels que l'harmonie conjugale, la présence de l'enfant dans la chambre parentale, la perception du nouveau corps féminin et l'estime de soi, le défaut de lubrification, l'hyperlaxité vaginale, l'existence d'un périnée cicatriciel ainsi que le mode d'allaitement choisi. [1-6]

Cette diminution de la sexualité peut également s'expliquer par la présence de peurs et d'appréhensions pour les femmes. En effet, selon l'étude de Groman [7] menée auprès de 105 femmes interrogées à propos de leurs besoins en matière d'informations concernant la sexualité du post-partum, 71% des femmes éprouvent de l'appréhension quant à l'idée de reprendre les rapports sexuels après l'accouchement. Leur intensité est corrélée à de multiples facteurs tels que le vécu de la grossesse et de l'accouchement, le nouveau corps de la femme, l'état périnéal, la connaissance de difficultés sexuelles suite à un précédent accouchement ainsi que les informations reçues par les professionnels de santé ou les fausses croyances sur le sujet. Ces peurs sont de vrais obstacles à une sexualité épanouie chez le couple. [5, 7, 8]

Cependant, 83% des femmes estiment que la sexualité après un accouchement est importante pour le bon fonctionnement de leur couple. [7]

La sage-femme prend en charge la femme tout au long de sa vie, à de nombreuses occasions (suivi gynécologique, grossesse, ménopause). En tant que professionnel de santé autonome, elle possède de nombreuses compétences gynécologiques et obstétricales. Tout cela lui confère une place importante dans la prise en charge de la santé sexuelle des femmes et des couples.

### **1. CONCEPT DE SANTE SEXUELLE ET DE SEXUALITE**

#### **1.1. LA SANTE SEXUELLE**

Le terme de « santé sexuelle » est apparu en 1974 lors d'une conférence à Genève présidée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), sous l'impulsion de plusieurs sexologues. Ceci a constitué un événement important dans la mesure où une organisation internationale s'est engagée dans la légitimation de la dissociation entre activité sexuelle reproductive et non reproductive. [9]

La santé sexuelle, selon la définition de l'OMS, est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social dans le domaine de la sexualité et ne se résume pas uniquement à l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. Elle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discriminations et violences. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés,

protégés et assurés. Ce concept institue et renforce le clivage entre les dimensions érotiques et reproductives de la sexualité, en légitimant une vie sexuelle non reproductive. [9, 10]

## 1.2. LA SEXUALITE

Selon l'OMS, la sexualité est un aspect central de l'être humain tout au long de la vie et englobe le sexe, l'identité et le rôle de l'homme et de la femme, l'orientation sexuelle, l'érotisme, l'intimité et la procréation. Elle se vit et s'exprime à travers les pensées, les fantasmes, le désir, ainsi que les convictions, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. Il s'agit d'un concept multidimensionnel influencé par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, affectifs, sociaux, culturels, religieux et éthiques. [11-13]

Dans le sens commun, la sexualité renvoie principalement à l'activité génitale et notamment la pénétration. Or, elle ne se résume pas qu'à cela. En effet, une relation sexuelle peut renvoyer à des conduites de sensualité, de tendresse ou encore de caresses. [11]

## 2. PHYSIOLOGIE DE LA REPONSE SEXUELLE FEMININE

Les hormones stéroïdes, en plus des stimuli incitatifs externes, agissent comme des déclencheurs du système d'excitation sexuelle. L'action des œstrogènes, de la progestérone et des androgènes, au niveau de l'hypothalamus et du système limbique, préparent le cerveau à répondre sélectivement aux incitations sexuelles, modulent la réponse sexuelle et régulent la libido féminine. Ces hormones stéroïdiennes vont se lier à des récepteurs hormonaux conduisant à la synthèse de différents neurotransmetteurs. [2, 14]

L'excitation sexuelle peut être initiée par les stéroïdes sexuels et/ou par le contexte sexuel. Elle est liée à l'activation, dans l'hypothalamus et le système limbique, de neurotransmetteurs en réponse à des stimulations sexuelles. La dopamine est un neurotransmetteur qui stimule l'attention et le désir. La noradrénaline stimule l'excitation sexuelle et joue un rôle essentiel dans l'éveil général et la motivation. L'ocytocine est impliquée dans la vasodilatation des organes génitaux au cours de l'excitation sexuelle. C'est également l'hormone de l'attachement, favorisant le comportement affectueux dans les interactions non sexuelles. Enfin, la mélanocortine potentialise le désir sexuel, l'excitation sexuelle et l'érection en augmentant la libération de dopamine. [2, 14]

Une fois un certain seuil de gratification, de sédation et de satiété atteint, le système d'inhibition sexuelle s'active. Il inhibe l'activation des systèmes excitateurs entraînant ainsi l'atténuation de la réactivation du désir, de l'excitation et du comportement sexuel, ceci durant une période variable selon l'intensité de l'état de récompense et de satiété, du contexte dans lequel l'excitation sexuelle se produit et des attentes de l'individu. Ce système inhibiteur repose sur trois neurotransmetteurs : les opioïdes, les endocannabinoïdes et la sérotonine. Les opioïdes désinhibent les neurones dopaminergiques entraînant un état réfractaire. Ils induisent un état de récompense sexuelle qui produit une diminution de l'excitation et du désir sexuel. Quant aux endocannabinoïdes, ils induisent un effet anxiolytique et sédatif après l'orgasme. La sérotonine induit la satiété sexuelle, la détente et l'épanouissement. [14]

## 2.1. LE MODELE DE MASTERS ET JOHNSON

Le Dr William H. Masters et la sexologue Virginia E. Johnson sont les premiers scientifiques à avoir étudié, par le biais d'observations, les comportements sexuels dans les années 1960. Ils ont défini un modèle de la réponse sexuelle féminine à quatre phases : l'excitation, le plateau, l'orgasme et enfin la résolution. (Figure 1) [2, 15, 17, 18]

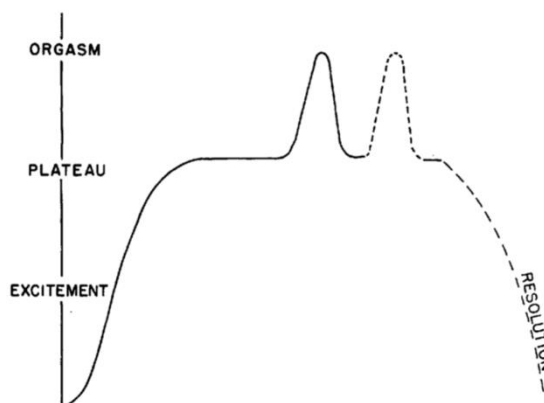


Figure 1 : Modèle EPOR (excitation, plateau, orgasme, résolution) de Masters et Johnson. [18, 19]

L'excitation sexuelle, première phase du cycle, peut être décrite comme une augmentation de l'activité du système nerveux autonome qui va permettre de préparer le corps pour une activité sexuelle. Il s'agit d'une excitation mentale subjective, étroitement liée à l'appréciation du stimulus sexuel et moins à la conscience des changements génitaux et d'autres manifestations physiques non génitales. Elle a une durée variable selon l'intensité, l'efficacité de la stimulation et l'âge. [2, 15, 17, 18, 20, 21]

Elle est caractérisée par des modifications physiologiques, avec notamment la vasocongestion du clitoris, la coloration et la congestion vasculaire des petites lèvres, l'écartement des grandes lèvres, l'allongement de la cavité vaginale ainsi que l'érection des mamelons avec une turgescence des aréoles. De plus, une lubrification vaginale, phénomène facilité par l'imprégnation locale en estradiol, se produit et commence dans les 10 à 30 secondes après le début de l'excitation. Le lubrifiant est un transsudat transparent produit par une exfiltration de plasma, permise par l'engorgement vasculaire, au travers des parois vaginales. Au niveau général, une augmentation du rythme cardiaque apparaît avec une hyperventilation respiratoire, Au niveau cutané, on observe une rougeur et une augmentation de la sensibilité. [2, 15, 17-20, 22]

Après cette phase initiale survient la phase de plateau, caractérisée par une augmentation de la vasocongestion et de la pression intra-vaginale. Le vagin change de forme, s'allongeant et diminuant son diamètre, prenant alors l'aspect d'une poire. [2, 15, 18]

L'orgasme, troisième phase du cycle, correspond à une décharge sensorielle du clitoris associée à des contractions rapides, saccadées et involontaires des muscles périvaginaux et périnéaux, en concomitance d'une décharge d'adrénaline, de noradrénaline et une augmentation de la prolactine. L'orgasme s'accompagne de l'érection des mamelons et d'une accélération de la respiration et du

rythme cardiaque. Le cycle de la réponse sexuelle est marqué par l'absence de période réfractaire permettant à la femme d'avoir des orgasmes répétés. Il est à noter que l'atteinte de l'orgasme n'est pas systématique pour chaque femme et lors de chaque rapport. [2, 15, 17, 18, 23]

La dernière phase, c'est-à-dire la phase de résolution, marque le retour à la normale. Elle se manifeste par une relaxation des muscles et une diminution de la vasodilatation périnéale. La femme ressent alors une sensation de satisfaction et d'euphorie. [2, 15, 18]

## 2.2. LE MODELE D'HELEN KAPLAN

Dans les années 1970, la sexothérapeute Helen Kaplan se démarque des conclusions de Masters et Johnson en introduisant un nouveau modèle de la réponse sexuelle féminine. Elle introduit le concept de désir sexuel et établit un modèle triphasé : désir, excitation et orgasme. (Figure 2) [17]

Le désir sexuel est une pulsion psychobiologique, qui précède et déclenche l'excitation sexuelle et pousse l'individu à mettre en œuvre des stratégies aboutissant à avoir un comportement sexuel. Il peut être spontané, déclenché par des stimulations internes sous l'influence des hormones sexuelles, ou être provoqué par des stimulations externes (modalités sensorielles). Le désir féminin, contrairement au désir masculin, est le plus souvent secondaire, se nourrissant de la relation amoureuse et de la tendresse. [15-17]

## 2.3. LE MODELE DE ROSEMARY BASSON

En 2000, la chercheuse Rosemary Basson a élaboré un modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine, fondé sur l'intimité. (Figure 3) Elle met le point sur l'importance de l'interaction sexuelle avec le partenaire dans le renforcement de la proximité émotionnelle. [21, 24, 25]

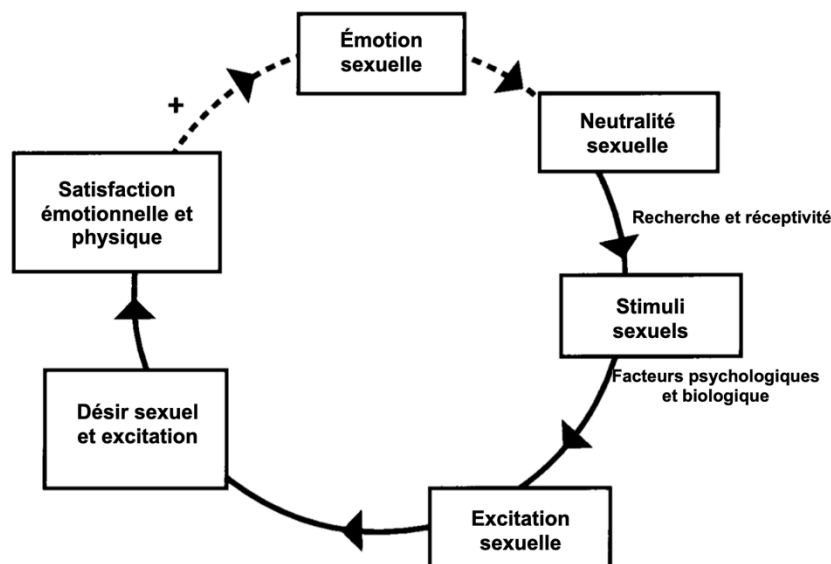


Figure 3 : Cycle alternatif de Rosemary Basson. [24]

Ce cycle alternatif de la réponse sexuelle féminine commence par la neutralité sexuelle. La femme passe d'un état de neutralité à un état d'ouverture d'esprit ou une volonté d'être réceptive aux stimuli

nécessaires pour déclencher le désir sexuel. Ensuite, elle atteint un certain degré de plaisir et d'excitation sexuels entraînant un sentiment de désir de poursuivre l'expérience. Ce désir est alors un événement réactif plutôt que spontané. Il est une force de motivation qui pousse la femme à rechercher des stimuli externes pour déclencher une pulsion sexuelle. Par la suite, elle peut ressentir une excitation plus forte et éventuellement une libération orgasmique. Si l'aspect émotionnel et physique de l'interaction sont positifs alors l'intimité s'accroît et le cycle est renforcé. L'intimité émotionnelle joue un rôle important dans l'expérience du désir sexuel. [21, 24, 25]

Rosemary Basson marque l'importance de l'esprit et de la réponse émotionnelle dans la réponse sexuelle féminine. Les nombreuses réactions de l'esprit (émotions, sensation d'excitation physique et/ou psychique, cognition, affects) constituent des stimuli continus qui modulent la réponse sexuelle, de manière positive ou négative. Pour pouvoir initier une relation sexuelle, la femme doit augmenter son rapprochement émotionnel avec son partenaire, augmenter son bien-être et sa propre image. Il faut qu'elle se sente attirante, féminine, appréciée, aimée et/ou désirée. [15, 24]

### **3. SEXUALITE DE LA GROSSESSE AU POST-PARTUM**

#### **3.1. LA GROSSESSE**

La grossesse est une période transitoire particulière dans la vie de la femme et du couple où la sexualité peut être mise à mal, compte tenu des conditions particulières anatomo-physiologiques et des remaniements psychiques spécifiques de la grossesse. [2, 3, 8, 26]

Durant cette période, le couple doit commencer à intégrer leur futur rôle parental. Cependant, plusieurs d'entre eux ont tendance à mettre de côté leurs rôles de partenaire conjugal et sexuel. Ceci a pour conséquence une fluctuation de l'intimité et la sexualité, avec une tendance générale à la baisse des comportements sexuels et de l'expression sexuelle, surtout au début et à la fin de la grossesse. [2, 8]

Au cours du premier trimestre, les signes sympathiques de grossesse (notamment nausées et vomissements) ainsi que les troubles de l'humeur entraînent une diminution de la sexualité, d'autant plus qu'il existe volontiers des peurs en lien avec le risque de fausse couche. [3, 26]

Le deuxième trimestre est en général une période privilégiée d'épanouissement au sein de la relation conjugale, par l'effacement des signes sympathiques de grossesse et du risque de fausse couche. La sexualité est satisfaisante, marquée par l'apparition de pratiques sexuelles substitutives, notamment des caresses réciproques. [3, 26]

Au troisième trimestre apparaît une baisse du désir et du plaisir avec des réajustements sexuels, conduisant le plus souvent à une diminution de l'activité sexuelle. Ceci est notamment lié à l'embonpoint et la fatigue qui s'accroissent. [3, 26]

### 3.2. CAS PARTICULIER : LA PROCREATION MEDICALMENT ASSISTEE

La sexualité en périnatalité peut être influencée par la voie de procréation et cela s'observe en cas de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP). En effet, l'infertilité peut représenter une expérience délétère pour la vie sexuelle du couple, tout au long du parcours d'AMP et même après l'obtention d'une grossesse. Les rapports sexuels sont programmés et doivent se dérouler à un moment précis pour maximiser les chances de réussite. L'acte sexuel est alors devenu programmé et imposé par l'équipe médicale. On observe alors des difficultés à éprouver du plaisir et du désir ainsi qu'une disparition des notions d'érotisme, de sensualité et d'intimité qui constituent une relation entre deux partenaires. De plus, l'intrusion d'une tierce personne (le professionnel de santé) dans l'intimité du couple et dans son projet d'enfant peut impacter leur relation conjugale. Un regard négatif peut alors être porté sur la sexualité. [27].

Selon l'étude de Chaabane, Trigui, Kebaili et al [28], menée auprès de 40 patientes ayant bénéficié d'une procréation médicalement assistée (PMA) avec obtention d'une grossesse évolutive, à propos de l'impact de la grossesse issue d'une PMA sur la sexualité du couple, près de 50% des femmes craignent que les rapports sexuels soient nocifs pour la grossesse. Cette peur est en grande partie liée au caractère précieux que constitue la grossesse survenant au décours d'une prise en charge médicale astreignante.

Dans la majorité des cas, les patientes continuent à avoir une activité sexuelle pendant leur grossesse, mais avec une diminution de la libido dans 80% des cas. La fréquence des rapports sexuels par semaine s'est effondrée chez 90% des gestantes, au profit d'autres formes de tendresse (baisers et caresses). La plupart des patientes estiment les rapports sexuels moins satisfaisants pour elle, par rapport à l'état de non gestité. [28]

### 3.3. LE POST-PARTUM

Selon l'OMS, le post-partum désigne la période qui s'étend de l'heure suivant la délivrance au retour de couches (six à huit semaines après l'accouchement). Cette période est marquée par de nombreux bouleversements physiques, psychologiques et familiaux pour la femme devenue mère. [29]

Concernant le délai de reprise des rapports sexuels en post-partum, celui-ci varie selon les études entre cinq semaines et quatre mois après l'accouchement. Cette reprise ne serait pas impactée par le mode d'accouchement et l'état du périnée mais serait significativement affectée par le choix d'un allaitement maternel. En effet, chez les femmes allaitantes, la concentration de prolactine (hormone de la lactation) augmente, provoquant ainsi une diminution de l'intérêt sexuel féminin et un retard de la reprise de la sexualité du couple. [1, 2, 4, 30]

De plus, il faut savoir que certains couples n'envisagent la sexualité que d'un point de vue reproductif avec comme seule finalité la procréation. Après la naissance de l'enfant, il est alors présumable pour ces couples que la reprise des rapports sexuels dans un but de sexualité récréative ne soit pas envisageable car ils ne retrouvent aucun intérêt dans cette pratique. Ceci peut donc constituer un frein à la reprise d'une sexualité post-natale.

Les dyspareunies constituent le symptôme le plus fréquent en post-partum. Elles affectent les femmes au niveau de leur épanouissement sexuel, induisant une diminution significative de leur activité sexuelle. Cependant, plus le vécu de l'accouchement est positif, moins les femmes auront de préoccupations concernant la survenue de dyspareunies en post-partum. [5, 31-33]

#### 3.4. INFORMATIONS AUX COUPLES

Les couples jugent trop insuffisantes les informations délivrées par les sages-femmes concernant la reprise de la sexualité en post-partum. [1, 2, 4, 7, 34]

Les consultations prénatales, l'entretien prénatal individuel du 4<sup>e</sup> mois, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, la visite post-natale ainsi que les séances de rééducation du périnée sont de multiples occasions pour aborder le sujet de la sexualité en post-partum. Selon l'étude de Groman, toutes les périodes sont propices à une discussion à ce sujet : en premier lieu la grossesse, mais aussi les 6 premières semaines du post-partum, la rééducation périnéale ou encore en service de suites de couches. [7]

Selon une étude menée par Goubet [5] à propos de 135 accouchées en suites de couches, une femme sur deux, primipare comme multipare, souhaite recevoir des informations relatives à la reprise de la sexualité durant le séjour à la maternité. Ceci davantage si elle se sent préoccupée au sujet de sa santé sexuelle ou si elle n'en a pas été informée au cours de sa grossesse. [5]

#### 4. PLACE DE LA SAGE-FEMME

La sage-femme est amenée à suivre les femmes à des étapes importantes de leur vie : durant la grossesse, à l'accouchement et en post-partum. Elle occupe donc une place majeure auprès des femmes, en termes d'accompagnement et de prise en charge de leur santé sexuelle, notamment en période post-natale.

Selon l'étude de Jalabert [1], huit femmes sur 10 souhaitent que le professionnel de santé qui leur dispense des informations concernant la sexualité du post-partum soit une sage-femme. En effet, elle est jugée comme compétente quant à la question de la sexualité et des changements corporels en post-partum, faisant d'elle le professionnel de santé idéal pour communiquer des informations sur ce sujet. [1, 7]

De plus, la relation de confiance qu'instaure la sage-femme avec ses patientes joue un rôle primordial. Elle permet aux femmes de parler de leur sexualité, sujet qui reste encore tabou pour certaines, sans peurs du jugement. En effet, selon Groman [7], 94% des femmes disent avoir confiance dans une sage-femme pour aborder le sujet de leur sexualité.

## **PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODE**

### **1. PROBLEMATIQUE**

Comment les sages-femmes abordent-elles le sujet de la sexualité du post-partum avec les femmes ?

### **2. TYPE D'ETUDE**

Étude qualitative des pratiques professionnelles par entretiens semi-directifs.

### **3. OBJECTIF**

#### **3.1. BENEFICES ATTENDUS**

Cette étude avait pour finalité de proposer une prise en charge et un accompagnement, à la fois personnalisés et pertinents, pour les femmes quant à la question de la reprise de leur sexualité en post-partum.

#### **3.2. OBJECTIF PRINCIPAL**

Décrire un état des lieux des besoins, limites et freins des sages-femmes pour accompagner les femmes à propos de la reprise de leur sexualité en post-partum.

#### **3.3. OBJECTIF SECONDAIRE**

Décrire les pratiques professionnelles des sages-femmes quant à l'accompagnement à la sexualité.

### **4. HYPOTHESES**

H1 : Les sages-femmes hospitalières et libérales abordent systématiquement le sujet de la sexualité du post-partum avec leurs patientes pendant la grossesse et/ou le post-partum.

H2 : Les sages-femmes adaptent le moment où elles abordent le sujet de la sexualité du post-partum en fonction des demandes de leurs patientes.

H3 : Les sages-femmes adaptent les informations données à propos de la sexualité dans le post-partum en fonction des demandes de leurs patientes.

H4 : Les sages-femmes jugent leurs connaissances à propos de la sexualité du post-partum suffisamment satisfaisantes pour répondre aux demandes des patientes.

H5 : Les sages-femmes ont besoin d'une formation complémentaire pour mieux aborder le sujet de la sexualité en post-partum avec leurs patientes.

H6 : Les sages-femmes ont besoin d'une consultation uniquement dédiée à la thématique de la sexualité en post-partum.

### **5. POPULATION D'ETUDE**

#### **5.1. CRITERES D'INCLUSION**

Les sages-femmes hospitalières et libérales qui prenaient en charge les femmes en post-partum.

#### **5.2. CRITERES DE NON-INCLUSION**

Les sages-femmes hospitalières et libérales qui ne prenaient pas en charge les femmes en post-partum.



### **5.3. CRITERES D'EXCLUSION**

Les sages-femmes faisant uniquement du suivi gynécologique, du suivi de grossesse ou des séances de préparations à la naissance, ainsi que les sages-femmes n'ayant pas souhaité répondre à l'étude.

### **5.4. MODALITES DE RECRUTEMENT**

Les sages-femmes incluses ont été recrutées après explications par lettre d'information, demande et acceptation de participation à l'étude. Le recrutement a nécessité trois relances auprès des sages-femmes.

## **6. CRITERES DE JUGEMENT**

Verbatim des sages-femmes à propos des informations données aux patientes, de l'accompagnement proposé aux femmes, du moment choisi pour aborder la sexualité, de leurs connaissances sur le sujet et de leurs besoins de formation complémentaire.

## **7. RECUEIL DE DONNEES**

Les données ont été recueillies par entretien semi-directif d'après un guide d'entretien établi au préalable. (Annexe I)

## **8. PERIODE ET LIEU DE L'ETUDE**

Les entretiens ont été réalisés en Moselle sur une période allant du 02/11/2021 au 26/01/2022.

## **9. OBLIGATION REGLEMENTAIRE**

Les données ont été recueillies anonymement, avec l'attribution d'un numéro d'anonymat en fonction de la retranscription et du codage des entretiens. Les données recueillies seront détruites après l'analyse et la publication des résultats

Les résultats seront publiés après la validation par la soutenance devant un jury d'examen.

## PARTIE 3 : RESULTATS

### 1. PRESENTATION DE L'ETUDE

12 entretiens semi-directifs, basés sur un guide d'entretien, ont été menés auprès de six sages-femmes hospitalières en service de suites de couches et six sages-femmes libérales en Moselle. Les sages-femmes hospitalières ont été recrutées dans deux maternités, prénommées maternité A et maternité B. Les sages-femmes interrogées avaient en moyenne 35 ans (24 ans - 60 ans). Le tableau I présente les caractéristiques de la population d'étude.

Tableau I : Caractéristiques de la population d'étude - Moselle (Nov 2011 – Jan 2022)

	<b>Année d'obtention du Diplôme d'État de sage-femme</b>	<b>Lieu d'exercice durant la carrière</b>	<b>Lieu d'exercice actuel et année</b>	<b>Formations diplômantes</b>
<b>Sage-femme 1</b>	2018	Libéral	Libéral - 2018	Pas de formations diplômantes
<b>Sage-femme 2</b>	2020	Libéral	Libéral - 2020	DU Acupuncture Préparation à la naissance en piscine
<b>Sage-femme 3</b>	1995	Maternité et centre périnatal	Libéral - 2011	DU Allaitement et consultante en lactation
<b>Sage-femme 4</b>	2016	Libéral	Libéral - 2016	DIU Gynécologie de prévention, contraception et régulation des naissances
<b>Sage-femme 5</b>	2020	Maternité	Maternité A - 2020	Pas de formations diplômantes
<b>Sage-femme 6</b>	2007	Maternité	Maternité B - 2007	Pas de formations diplômantes
<b>Sage-femme 7</b>	2011	Maternité	Libéral - 2007	DIU Droit médical DU Gynécologique, contraception et sexualité
<b>Sage-femme 8</b>	2021	Maternité	Maternité B - 2021	Pas de formations diplômantes
<b>Sage-femme 9</b>	2005	Maternité	Maternité A - 2013	Pas de formations diplômantes
<b>Sage-femme 10</b>	2012	Maternité	Maternité A - 2015	DIU Contraception et gynécologie de prévention
<b>Sage-femme 11</b>	1984	Maternité	Libéral - 2005	DIU Contraception et gynécologie de prévention Brevet Supérieur d'Homéopathie Rééducation périnéale Ostéopathie
<b>Sage-femme 12</b>	2020	Maternité	Maternité B - 2022	Pas de formations diplômantes

## 2. SUJET SYSTEMATIQUEMENT ABORDE PAR LES SAGES-FEMMES

La totalité des sages-femmes interrogées déclarait qu'il est nécessaire d'aborder le sujet de la sexualité du post-partum avec leurs patientes.

11 sages-femmes sur 12 évoquaient le sujet de manière systématique avec les femmes. Seule une sage-femme libérale n'abordait « *quasiment pas* » le sujet.

Pour l'ensemble des sages-femmes, la sexualité ne constituait pas un tabou.

Trois sages-femmes libérales et une sage-femme hospitalière assuraient que le sujet de la sexualité n'était pas un sujet difficile à aborder avec les patientes. Six autres sages-femmes affirmaient que cela était « *patiente-dépendant* ».

Concernant les freins, seulement quatre sages-femmes affirmaient qu'il n'y avait aucun frein à aborder ce sujet. Les freins évoqués par les autres sages-femmes étaient variés. Ceux les plus cités étaient la présence du conjoint ou le « *mari oppressant* », le manque de temps, le « *manque de formation* » ainsi que « *la culture, la religion et les représentations sociales des patientes* ». D'autres freins ont été nommés tels que « *un accouchement qui s'est mal passé* », « *l'âge des patientes* », « *les barrières linguistiques* », « *des problèmes de couple* », les patientes qui n'ont « *pas envie d'aborder le sujet* » et pour qui c'est un « *gros tabou* » et enfin « *si la sage-femme n'est pas à l'aise* ».

## 3. LE MOMENT POUR ABORDER LE SUJET

### 3.1. MOMENT CHOISI PAR LES SAGES-FEMMES

Pour l'ensemble des sages-femmes hospitalières, le moment choisi pour aborder le sujet de la sexualité était à la sortie de maternité, lorsqu'elles donnaient les conseils de sortie. Pour certaines d'entre elles, ce moment n'était pas en phase avec les patientes.

Concernant les sages-femmes libérales, elles abordaient le sujet lors des séances de préparation à la naissance, au retour à la maison avec les visites PRADO, à la consultation post-natale et lors des séances de rééducation du périnée, notamment à la première consultation. Les sages-femmes qui abordaient le sujet durant la préparation à la naissance jugeaient que ce n'était pas un moment en phase avec les patientes, car « *elles se projettent pas sur l'après* » et « *elles entendent beaucoup de choses donc elles vont pas tout retenir* ». C'était également le cas lorsque le sujet était abordé au retour à la maison parce que ce n'était « *pas du tout leur priorité* ». Lors de la consultation post-natale, les patientes sont plus réceptives car « *elles sont confrontées à leur réalité* » comme l'expliquait une sage-femme libérale. Les séances de rééducation du périnée étaient jugées comme le moment le plus approprié pour évoquer la sexualité du post-partum. En effet, les sages-femmes jugeaient que les patientes étaient « *plus réceptives* » car il s'agit du moment où « *elles commencent à se poser la question* » et où « *elles en parlent* ».

### 3.2. MOMENT OPPORTUN

Cinq sages-femmes jugeaient qu'il serait judicieux d'en parler durant la grossesse. Trois sages-femmes pensaient qu'il était nécessaire de « *reprendre le sujet régulièrement tout au long de la*

*grossesse* » pendant « *les consultations de grossesse* » et trois sages-femmes ont cité la préparation à la naissance.

Sept sages-femmes affirmaient que ce moment était durant le post-partum. Une sage-femme a cité le « *troisième jour* » à la maternité. Deux sages-femmes ont évoqué le « *retour à domicile* » car les femmes seraient « *plus aptes à écouter et plus ouvertes à la discussion* ». Deux sages-femmes ont considéré qu'il fallait en parler « *vers 3 semaines* » après l'accouchement. Quatre sages-femmes ont mentionné la « *consultation post-natale* » car les patientes « *commencent à repenser à elles* ». Une sage-femme parlait de « *l'entretien du post-partum précoce* » car « *le mois d'or est passé* ». Enfin, une sage-femme a désigné « *la première séance de rééducation du périnée* » comme moment approprié.

La sage-femme 12 jugeait que le moment opportun pour aborder ce sujet avec la patiente était le « *moment où la patiente a décidé d'en parler* » et où elle « *est à l'écoute* ». La sage-femme 7 affirmait qu'« *il faut en parler tout le temps parce qu'il y a pas de moment plus opportun* ».

#### **4. INFORMATIONS DONNEES PAR LES SAGES-FEMMES ET DEMANDES DES PATIENTES**

##### **4.1. INFORMATIONS DONNEES**

Les 12 sages-femmes, hospitalières comme libérales, informaient les patientes qu'il n'existe pas de normes concernant la reprise des rapports sexuels. Cependant, la sage-femme 6 avertissait les femmes que « *si dans les six mois, il n'y a pas de reprise des rapports, il faut consulter* », ainsi que la sage-femme 9 qui disait que si c'est « *difficile pour elles de reprendre une sexualité, il faut consulter* ».

Quatre sages-femmes informaient sur l'importance de la communication dans le couple. La sage-femme 11 informait les patientes qu'il était « *nécessaire de retrouver leur place de couple* » et de « *se retrouver des moments à eux* ».

La moitié des sages-femmes abordait avec les femmes le sujet de la contraception. Parmi elles, trois sages-femmes évoquaient également la physiologie du retour de couches et de l'ovulation ainsi que du « *risque de grossesse autour du post-partum* ». De plus, deux autres sages-femmes évoquaient les « *saignements* », dont la sage-femme 10 qui conseillait d'« *attendre la fin des saignements* » pour reprendre une vie sexuelle.

Trois sages-femmes hospitalières et une sage-femme libérale évoquaient la suture et sa cicatrisation. Deux sages-femmes hospitalières informaient les patientes d'attendre la cicatrisation de la suture avant de reprendre un rapport sexuel.

Trois sages-femmes informaient qu'un rapport complet comprenant une pénétration vaginale n'était pas obligatoire. Les sages-femmes 9 et 11 parlaient de « *tendresse* », de « *gestes tendres* », de « *câlins* » ou encore de « *douceur* » avec les femmes.

Quatre sages-femmes informaient les patientes de potentielles « *douleurs* », « *gênes* » ou « *dyspareunies* ».

#### 4.2. DEMANDES DES PATIENTES

11 sages-femmes sur 12 ont été face à des femmes ayant des interrogations ou des préoccupations à propos de la sexualité du post-partum. Seule la sage-femme 1 estimait qu'il n'y avait « *pas tant que ça* » de questions et que celles-ci étaient « *liées à des cas particuliers* ».

Le questionnement prédominant évoqué par cinq sages-femmes hospitalières et une sage-femme libérale concernait les sutures périnéales et leur cicatrisation.

Cinq sages-femmes citaient les questions à propos des douleurs. En effet, la sage-femme 5 affirmait que les femmes « *sont focalisées sur la douleur* ».

Trois sages-femmes ont eu des patientes exprimant des interrogations à propos du délai de reprise des rapports sexuels. Deux d'entre elles avaient également des questions sur un « *retour à la normalité* ».

Deux sages-femmes ont cité la question des « *sensations* ». Les patientes de la sage-femme 4 s'interrogeaient sur « *quelles sensations elles vont avoir* ». La sage-femme 12 avait reçu des questions telles que « *est-ce que les sensations vont être les mêmes qu'avant ?* ».

Enfin, deux sages-femmes avaient des « *questions sur la contraception* ». La sage-femme 12 avait également des questions sur « *le risque de tomber à nouveau enceinte* ».

#### 4.3. DOLEANCES DES PATIENTES

Deux sages-femmes n'ont jamais été confrontées à des doléances de la part de leurs patientes.

La doléance la plus évoquée, par cinq sages-femmes sur 12, était la douleur : des « *douleurs au niveau de la cicatrice* », des « *douleurs périnéales* » ou encore des « *dyspareunies* ».

Trois sages-femmes évoquaient un problème de vaginisme.

Deux sages-femmes libérales ont été confrontées à des doléances à propos d'une « *sécheresse vaginale* ». Les sages-femmes 4 et 9 évoquaient les problèmes de « *béance* » et de « *relâchement périnéal* ».

Deux sages-femmes hospitalières ont cité des doléances en lien avec une sexualité modifiée durant la grossesse. « *Elles me disent que pendant la grossesse c'était compliqué, donc est-ce que ce sera pareil après ?* » rapportait la sage-femme 10.

#### 4.4. CRAINTES DES PATIENTES

11 sages-femmes sur 12 ont été confrontées à des patientes exprimant des craintes quant à la reprise des rapports en post-partum.

La « *peur d'avoir mal* » ou la « *peur de la douleur* » ont été évoquées par 10 sages-femmes. La peur « *par rapport à la suture* » était une cause citée par deux sages-femmes libérales et deux sages-femmes hospitalières.

La dernière cause évoquée par trois sages-femmes était la « *peur de se retrouver à nue avec son corps qui a changé* ».

## 5. CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES

La moitié des sages-femmes jugeait leurs connaissances à propos de la sexualité du post-partum insuffisantes. Parmi les sages-femmes jugeant leurs connaissances suffisantes, la sage-femme 8 considérait qu'elle avait « *les bases nécessaires* » et la sage-femme 4 affirmait « *il n'y avait rien qui me manque vraiment* ».

A partir de leurs connaissances, neuf sages-femmes sur 12 se sentaient capable de répondre de manière satisfaisante aux demandes ou doléances de leurs patientes. Parmi les trois autres sages-femmes qui jugeaient leur capacité à répondre insatisfaisante, la sage-femme 8 précisait que cela concerné « *tout ce qui est psycho* ». La sage-femme 6 affirmait « *je leur laisse pas vraiment le temps de me poser des questions, donc non* ».

Lorsque les sages-femmes ne savaient pas répondre à un questionnement ou une doléance à propos de la sexualité en post-partum, 10 sages-femmes sur 12 orientaient les femmes vers un autre professionnel de santé. Parmi ces sages-femmes, huit d'entre elles adressaient vers une sexologue. La sage-femme libérale était le professionnel vers qui orienter pour trois sages-femmes hospitalières. Les autres professionnels cités étaient le « *gynécologue* », le « *kiné* », « *l'ostéopathe ou le chiropracteur* » ou encore le « *psychologue* ».

Sur les 12 sages-femmes interrogées, seulement deux sages-femmes évitaient d'aborder le sujet de la sexualité avec leurs patientes. La sage-femme 2 affirmait avoir « *du mal à poser la question quand il y a le conjoint* ». La sage-femme 8 évitait le sujet en cas d'« *antécédents avec des enfants placés pour des raisons liées* » et en cas de « *religion de type islam ou très marquée* ».

## 6. BESOIN D'UNE FORMATION COMPLEMENTAIRE

### 6.1. FORMATION INITIALE

Huit sages-femmes sur 12 considéraient que la formation initiale est insuffisante concernant la sexualité du post-partum. Parmi elles, quatre sages-femmes estimaient avoir eu peu, voire pas de cours à ce propos.

### 6.2. FORMATION COMPLEMENTAIRE

Six sages-femmes n'étaient pas intéressées par celle-ci, de quelque type qu'elle soit car elles avaient « *d'autres projets* » ou n'étaient tout simplement pas intéressées. Parmi les six autres sages-femmes, le Diplôme Inter Universitaire à propos de la sexualité intéressait seulement une sage-femme libérale et une sage-femme hospitalière. Les raisons évoquées par les sages-femmes ne souhaitant pas faire de DIU étaient les suivantes « *il faut être financé* » ou « *gros investissement* », « *trop long* » ou « *plus envie de me lancer dans des formations trop longues* » « *décourageant* », « *pour être sexologue* » ou encore « *beaucoup de responsabilités* ».

Cinq sages-femmes étaient plutôt intéressées par des « *petites formations* » qui seraient « *ponctuelles* » sur « *quelques jours* ».

10 sages-femmes sur 12 affirmaient qu'une formation complémentaire les aiderait à mieux répondre aux demandes et doléances des patientes. De plus, neuf sages-femmes sur 12 estimaient qu'une formation complémentaire les aiderait à aborder de manière plus confiante le sujet avec les patientes.

## **7. CONSULTATION DEDIEE A LA SEXUALITE DU POST-PARTUM**

### **7.1. PERTINENCE**

La moitié des sages-femmes jugeait pertinent la mise en place d'une consultation dédiée à la thématique de la sexualité en post-partum.

Concernant les quatre sages-femmes qui ne trouvaient pas ce type de consultation pertinent, une des raisons évoquées était que « *ça pourrait faire penser aux patientes qu'il y a un problème* » comme l'affirmait la sage-femme 4. La sage-femme 11 formulait que ce sujet était « *tout à fait abordable lors d'une consultation post-natale classique* ». La sage-femme 10 pensait également la même chose en affirmant qu'« *on l'aborde déjà à la consultation du post-partum* ». Deux sages-femmes libérales jugeaient que cette consultation serait plutôt « *à proposer* » et « *à adapter selon les patientes* » car comme l'affirmait la sage-femme 2, elle serait « *intéressante pour certaines patientes mais peut-être inutile pour d'autres* ». La sage-femme 7 rajoutait à cela que ça pourrait « *en faire fuir certaines* » notamment par rapport à « *certaines cultures ou normes* » des patientes.

### **7.2. MOMENT OPPORTUN**

Concernant le moment auquel devrait se dérouler cette consultation, cinq sages-femmes sur 12 considéraient qu'elle devrait survenir en post-partum. La sage-femme 5 affirmait qu'il était opportun d'en parler « *au retour à la maison lors de la première semaine* » après l'accouchement. Deux sages-femmes libérales expliquaient que cela devrait avoir lieu vers « *un mois après l'accouchement* ». La sage-femme 12 affirmait que cette consultation pourrait « *être proposée en systématique aux alentours de la consultation du post-partum* ».

Trois sages-femmes sur 12 pensaient que cette consultation devait avoir lieu durant la grossesse, pour « *prévenir* » selon la sage-femme 1. La sage-femme 6 proposait de faire cela au « *6<sup>e</sup> mois* » car les femmes « *ont du temps, pensent à elles* » et jugeait qu'« *elles sont réceptives à ce moment-là* ». La sage-femme 7 réaliserait cette consultation durant la grossesse car « *il n'y a pas encore le bébé* ».

Deux sages-femmes hospitalières considéraient qu'il fallait « *laisser l'option aux femmes* » dans le choix du moment, « *où la patiente en aurait besoin* » et « *quand elle se sent prête* ».

Deux sages-femmes ne se sont pas prononcées, considérant que ce type de consultation n'était pas pertinent.

### **7.3. INFORMATIONS A DONNER**

Cinq sages-femmes jugeaient nécessaire d'évoquer la notion d'envie et de « *se sentir prêt* » pour reprendre une sexualité.

Une autre information jugée nécessaire par trois sages-femmes était qu'il n'y a « *pas de règles dans la reprise de la sexualité* ». La sage-femme 6 disait qu'« *il n'y a pas d'obligation de fréquence, ni de temps de reprise* » et qu'il n'y a « *pas de normalité* ».

La moitié des sages-femmes jugeait que la notion de couple devait être abordée durant la consultation. La sage-femme 6, 8 et 11 parlaient de la communication au sein du couple, en affirmant qu'« *il faut parler dans le couple* » ou qu'il ne faut « *pas avoir peur de communiquer* ». Deux-sages-femmes évoquaient la nécessité d'informer sur la « *notion qu'on n'est pas forcément tout le temps en phase* » et qu'« *on n'a pas toujours les mêmes envies* ». La sage-femme 11 citait le besoin de « *retrouver une vie de couple et une intimité* ». La sage-femme 12 jugeait nécessaire de parler de « *la sexualité des nouveaux parents* » et la sage-femme 7 mentionnait la « *notion de devoir érotiser l'autre personne, qui est devenue l'autre parent* ».

Deux sages-femmes libérales évoquaient la notion du corps de la femme avec « *un corps à se réapproprier* » et « *l'image de femme à côté de l'image de mère* ». Deux autres sages-femmes jugeaient nécessaire d'aborder le sujet de la confiance, notamment de « *se faire confiance* » et « *avoir confiance en soi* ».

Trois sages-femmes libérales jugeaient que la physiologie du post-partum était nécessaire, afin d'« *expliquer comment le corps se remet après un accouchement* », d'expliquer « *la baisse d'hormones* » et « *les saignements* ». La contraception était un sujet considéré comme important à aborder avec les patientes, selon deux sages-femmes libérales et une sage-femme hospitalière

Trois sages-femmes jugeaient nécessaire d'informer sur les douleurs en post-partum. La sage-femme 12 précisait « *ce qui est normal, ce qui n'est pas normal* » et « *comment faire pour faire au mieux sans avoir trop de douleur* ».

Enfin, trois sages-femmes souhaitaient informer sur la notion de consulter en cas de problèmes. La sage-femme 6 pensait nécessaire de « *donner des repères de quand consulter une sexologue* ». La sage-femme 11 précisait que « *s'il y a des difficultés, il faut en parler* » et la sage-femme 12 de « *faire part de ses problèmes au professionnel de santé qualifié* ».

Les autres informations qui ont été citées étaient « *l'utilisation de lubrifiants* », « *les positions* », « *l'importance de tout ce qui gravite autour de la sexualité, des préliminaires* », « *les points de suture* » ainsi que « *l'organisation familiale* ».

Trois sages-femmes ne savaient pas quelles informations étaient nécessaires aux patientes.

#### 7.4. INTERET DES SAGES-FEMMES

Sept sages-femmes sur 12 n'étaient pas intéressées par ce genre de consultation. Les raisons évoquées étaient « *je ne suis pas sexologue* », « *c'est le propre de la pratique des sexologues* », « *je n'ai pas assez de connaissances* », « *je ne voudrais pas faire de consultations de sexologie* » ou encore « *c'est pas le sujet qui m'intéresse* ». Parmi elles, deux sages-femmes considéraient qu'une formation complémentaire était nécessaire pour pouvoir mener une consultation de ce type : « *il me faudrait des formations* » affirmait la sage-femme 2 ou « *sans formation complémentaire non* »



affirmait la sage-femme 12. Cette dernière déclarait également que les sages-femmes ayant un DIU de sexologie sont « *beaucoup plus légitimes à le proposer que toutes les sages-femmes avec une formation de base* ».

Deux sages-femmes hospitalières jugeaient que cette consultation était plutôt dédiée aux sages-femmes libérales. La sage-femme 5 affirmait qu'« *elles sont plus aptes à aider les femmes* ». La sage-femme 8 argumentait qu'« *en hospitalier, tu peux pas rentrer dans les détails, tu connais pas l'histoire des patientes et du couple* ».

Trois sages-femmes libérales seraient intéressées. L'une d'elles précisait qu'elle mènerait cette consultation « *quand c'est physiologique* ».

## **PARTIE 4 : DISCUSSION**

### **1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE**

#### **1.1. FORCES DE L'ETUDE**

L'ensemble des sages-femmes interrogées durant cette étude a montré un réel intérêt concernant le sujet de cette étude, puisque toutes ont souhaité avoir un retour du travail final.

Interroger des sages-femmes libérales et hospitalières a permis de montrer l'importance d'aborder le sujet de la sexualité du post-partum tout au long du parcours périnatal. Cela a également mis en évidence que selon le type d'exercice et le temps accordé aux sages-femmes auprès des patientes, le sujet est abordé de façon diverse, tant concernant les informations délivrées que le moment choisi pour évoquer le sujet.

Le choix d'une étude qualitative, menée par le biais d'entretien semi-directifs s'est révélé le plus pertinent. Les questions ouvertes posées aux sages-femmes leur a permis de développer leurs propos, permettant ainsi de dresser un état des lieux des pratiques professionnelles, ainsi que de mettre en évidence les freins rencontrés dans l'abord de la sexualité postnatale avec leur patiente.

Cette étude, menée auprès des professionnelles de santé, a permis de confronter les pratiques professionnelles des sages-femmes et les besoins des femmes évoqués dans différentes études quant à la sexualité après l'accouchement.

#### **1.2. FAIBLESSES DE L'ETUDE**

L'une des principales limites de notre étude repose sur le nombre de sages-femmes participantes. Malgré un recrutement large et de nombreuses relances, notre population d'étude était restreinte, avec seulement 12 sages-femmes. Le seuil de saturation recherché dans une étude qualitative n'a pas pu être atteint car il existe autant d'avis et de points de vue sur le sujet que de sages-femmes interrogées. De plus, cet effectif restreint de participantes reflète la position des sages-femmes quant à l'abord de la sexualité postnatale avec leurs patientes. Malgré qu'aucun refus n'ait été explicitement formulé, cela peut supposer qu'il existe un non-intérêt des professionnelles, un tabou persistant à ce propos ou des difficultés liés à l'abord du sujet.

Concernant le recrutement des sages-femmes libérales, réalisé par courrier électronique était le plus pertinent au vu du nombre professionnelles de santé présentes en Moselle. Cependant, un biais peut exister à ce propos, au vu de la densité de courriers électroniques reçus les sages-femmes, noyant ainsi la proposition de participation à cette étude dans la masse d'informations. Un recrutement individuel téléphonique était difficilement réalisable, de par l'effectif de libérales sur le territoire et de par leur activité professionnelle qui les rend moins disponibles pour cela. Concernant les sages-femmes hospitalières, le recrutement téléphonique était impossible, n'ayant pas accès aux coordonnées téléphoniques personnelles de ces dernières.

## 2. SUJET SYSTEMATIQUEMENT ABORDE PAR LES SAGES-FEMMES

Il est nécessaire, pour les sages-femmes, d'aborder le sujet de la sexualité du post-partum avec les femmes. Cette nécessité s'est justifiée par le besoin d'« *informer les patientes* », de « *donner des conseils* » ou encore « *des repères* ». Selon l'étude de Agbahoungba [35] menée auprès de 12 sages-femmes libérales à propos de la place de la sexualité érotique des couples accordée dans leur pratique professionnelle, les idées reçues et les préjugés font partie des raisons pour lesquelles les professionnelles pensent que ce thème devrait être abordé. De plus, Farine et Lalanne-Magné [36], par leur étude basée sur une revue de la littérature de cinq articles, affirment que l'éducation sexuelle prénatale des couples a un effet bénéfique. Lorsque des informations sont données, la fonction sexuelle est améliorée. L'étude de Hébrard [37] menée auprès de 10 professionnels sexologues à propos des différentes problématiques rencontrées par les couples après la naissance d'un enfant et leurs besoins d'accompagnement, montre que la majorité des professionnels affirment un besoin d'ouverture du sujet de la sexualité par les professionnels. Les couples ont un besoin d'informations avec un lieu pour parler de leur sexualité, auprès d'un professionnel de santé neutre. Cependant, peu de patientes osent aborder ce sujet par elles-mêmes. Il est donc important que le professionnel aborde le sujet en premier, qu'il rassure la femme et le couple et qu'il les informe. Ce sont les trois besoins qui ont émergé de cette étude et qui aurait un impact important sur la sexualité des couples. [37]

De surcroît, aborder le sujet permettrait, selon deux sages-femmes libérales de « *déculpabiliser* » et de « *dédramatiser* » en informant les patientes « *qu'il est fréquent qu'il y ait des difficultés en post-partum* ». En effet, les femmes ont besoin d'être rassurées puisqu'après un accouchement, des changements physiques et psychologiques apparaissent auxquels les couples ne sont pas forcément préparés. L'un des rôles du professionnel de santé est de rassurer. [37]

Une notion de dépistage a également été évoquée par deux sages-femmes afin de « *voir s'il y a des difficultés ou des pathologies* ». La sage-femme possède un rôle important et une place stratégique pour aborder le sujet de la sexualité avec les patientes. En créant un lien de confiance, elles peuvent ouvrir la discussion et dépister de potentiels troubles sexuels. En repérant ces troubles, elles peuvent prévenir d'autres problèmes tels que la dépression, la violence ou encore les problèmes conjugaux. Elles peuvent aborder les changements de la sexualité en post-partum et dispenser des conseils avisés. De plus, elles doivent aider les femmes à se réapproprier leur corps et retrouver leurs sensations. Elles vont aider les couples à se retrouver en tant qu'amants dans leur nouvelle vie de parents. [36]

Considéré comme un sujet important à aborder avec les femmes, la majorité des sages-femmes de notre étude l'évoquait systématiquement avec leurs patientes. Cette affirmation rejoint celle de l'étude de Groman [7] où 89% des sages-femmes abordent le sujet avec leurs patientes.

Le sujet de la sexualité ne constituait pas un tabou pour l'ensemble des sages-femmes de cette étude. L'étude de Sauvestre Foucault [31], menée auprès de la pratique des sages-femmes en matière de sexualité et leurs connaissances, montre également que les sages-femmes parlent facilement de la sexualité du couple. Une sage-femme hospitalière de notre étude considérait que « *quand on est sage-femme, il faut en parler librement* ». Cependant, s'il ne constitue pas un tabou

pour les professionnelles de santé, il s'avère être un sujet difficile à aborder avec les patientes, selon six sages-femmes de notre étude. L'étude de Aribi, Ben Houidi, Masmoudi et al. [34], menée auprès de 80 femmes à propos du retentissement de la grossesse et du post-partum sur leur sexualité, montre que la sexualité était considérée comme un sujet tabou par 81.8% des femmes interrogées. L'étude de Tourjansky [38] menée auprès de 11 sages-femmes à propos de leur implication dans la prévention sexuelle en postnatal confirme également cela. Pour Sauvestre Foucault [31], ce tabou occupe une place importante chez les patientes, car cela touche à leur intimité.

Malgré l'aisance des sages-femmes à parler de sexualité avec leurs patientes, des freins ont été identifiés. Parmi eux, le manque de formation et le manque de temps ressortent de ces entretiens. Ce dernier a particulièrement été cité par des sages-femmes hospitalières. On retrouve également ce frein dans l'étude de Agbahoungba [35]. Néanmoins, les sages-femmes essaient le mieux possible de répondre aux questions et aux craintes que pourraient rencontrer les patientes. Le temps imparti à l'hôpital semble être une limite décrite par les sages-femmes pour aborder ce sujet. [35] De plus, selon Tourjansky [38], les sages-femmes de suites de couches affirment ne pas avoir le temps pour intégrer la notion de sexualité dans leurs conseils de sortie. Effectivement, ces derniers sont nombreux : les rendez-vous à programmer pour la mère et l'enfant, les prescriptions, les signes cliniques qui font consulter en urgence, la physiologie du retour de couches et la contraception, la suture et sa cicatrisation, la rééducation périnéale, les informations relatives aux soins de l'enfant ou encore l'allaitement, laissant peu de place au sujet de la sexualité postnatale. [39]

La culture, la religion et les représentations sociales des femmes sont aussi des freins cités dans notre étude. L'étude de Kouakou, Dombia, Djanhan et al [40]. menée auprès de 395 patientes africaines à propos de l'impact de l'accouchement et des croyances culturelles et religieuses sur la reprise de l'activité sexuelle dans le post-partum, rejoint cette affirmation. En effet, la religion semble jouer un rôle dans la reprise des rapports sexuels. Par exemple, les patientes de religion musulmane semblent plus réticentes à cette reprise. Ce constat s'explique par le fait que dans les foyers musulmans, la polygamie étant acceptée, le partenaire peut envisager des rapports sexuels avec une autre femme en attendant que l'accouchée se sente prête pour reprendre une vie sexuelle normale. [40] Prenons comme autre exemple la culture chinoise autour du post-partum. Les rapports sexuels sont proscrits pendant une période de 40 jours après l'accouchement, période appelée période de réclusion. Selon les croyances traditionnelles, si cela n'est pas respecté, le conjoint sera alors contaminé, souillé par les pertes sanguines de sa femme considérées comme impures. [40] Ces différents exemples montrent à quel point la culture, la religion ou encore les croyances ont un impact sur la sexualité du post-partum et peuvent constituer un frein pour les professionnels, qui doivent s'adapter à cela.

Enfin, la présence du conjoint constitue également un frein mentionné. Parmi les sages-femmes interrogées, deux d'entre elles affirmaient que la présence de celui-ci engendrait un évitement du sujet par la patiente. Ceci rentre en contradiction avec l'étude de Jarlier [41] menée auprès de 174

accouchées à propos de l'importance d'aborder le thème de la sexualité pendant la grossesse, qui montrent que la majorité des femmes jugent que la présence de leur conjoint est normale lorsque la sage-femme évoque la sexualité. Jarlier affirme alors que sa présence ne doit pas être un frein pour aborder le sujet, puisqu'il concerne les deux membres du couple. Cependant, elle ajoute qu'il faut adapter cela en fonction du couple que l'on a en face de soi et de leurs envies. [41] De plus, une notion de « *mari oppressant* » a été ajoutée par une des sages-femmes de notre étude. En effet, elle affirmait les propos suivants : « *si tu vois que tu as un mari qui répond à la place de sa femme et qui te laisse pas t'exprimer déjà toi en tant que professionnelle, tu te dis que là c'est même pas la peine d'aborder le sujet* ». Cette remarque prouve une fois de plus que la sage-femme doit pouvoir s'adapter à la situation.

### **3. A QUEL MOMENT ABORDER LE SUJET ?**

Cinq sages-femmes sur 12 évoquaient la sexualité du post-partum durant la grossesse. Cela rejoint l'étude de Groman [7] où la grossesse constitue l'une des périodes les plus adaptées pour aborder cette thématique, selon 79% des sages-femmes interrogées. De plus, elle correspond au moment où les patientes sont désireuses d'en parler. [7] C'est durant cette période prénatale que les sages-femmes libérales de notre étude abordaient le sujet. Ceci rejoint l'étude de Sauvestre Foucault [31] où les sages-femmes libérales en parlent à l'occasion d'une ou plusieurs séances, de manière naturelle. De plus, elles profitent de la présence du conjoint pour relayer un maximum d'informations à ce propos. [31] Le sujet de la sexualité postnatale été abordé au décours de la préparation à la naissance mais, selon les sages-femmes interrogées, ce moment n'était pas en phase avec les femmes. Ces séances apportent énormément d'informations aux femmes, limitant leur capacité à retenir l'ensemble des données. De plus, ce moment semble être trop précoce pour aborder la sexualité du post-partum. Les femmes se projettent sur l'arrivée de leur enfant et l'accouchement plutôt que sur l'après. Les résultats des études de Jalabert [1] et Sauvestre Foucault [31] sont en contradiction puisque les sages-femmes jugent que les séances de préparation à la naissance constituent des moments propices à la discussion autour de la sexualité postnatale.

Concernant l'ensemble des sages-femmes hospitalières, le moment choisi pour parler de la sexualité postnatale était à l'occasion de la sortie de maternité. En effet, elles abordent ce sujet en même temps que les conseils de sortie. Dans l'étude de Tourjansky [38], l'examen de sortie de maternité est un des moments opportuns pour aborder le sujet, favorisé par la dispensation de conseils de sortie. Il s'agit d'un temps privilégié pour aborder la contraception, en lien direct avec la sexualité. [38] Or ce moment n'est pas en phase avec les attentes et besoins des patientes. En effet, la notion de reprise d'une sexualité leur semble lointaine, considérée comme n'étant pas la priorité actuelle, puisque toutes leurs préoccupations sont tournées vers leur bébé et leur nouveau rôle de mère. Groman [7] rejoint cette affirmation en montrant dans son étude que le séjour à la maternité n'est pas considéré comme un temps privilégié par les sages-femmes. Alors que les études de Goubet [5] et Jalabert [1] montrent que le souhait de la plupart des femmes est de recevoir des informations au sujet de la sexualité en suites de couches. Elles se disent plus réceptives durant cette période puisque l'information reçue concerne un avenir proche.

Le retour à domicile, après le séjour à la maternité, constituait un moment opportun, selon les professionnelles de santé. Les femmes seraient plus aptes à écouter les informations délivrées et plus ouvertes à la discussion. De plus, selon elles, le retour à la maison permettrait au couple de se retrouver et donc engendrerait des questions à ce propos. Deux autres sages-femmes ont évoqué la troisième semaine comme moment opportun, entre la sortie de maternité et la consultation post-natale même s'il n'existe pas de consultation à cette période. Selon Groman [7], les six premières semaines du post-partum constituent l'une des périodes la plus adaptée pour les femmes.

Parmi les sages-femmes libérales, certaines en parlaient à la consultation post-natale et/ou à la rééducation périnéale, moments jugés comme les plus propices pour aborder la sexualité postnatale. En effet, les patientes sont plus réceptives aux discours des sages-femmes car les préoccupations à propos de ce sujet commencent à émerger, dans une réalité à laquelle elles sont confrontées. De plus, les patientes repensent à elles et ne sont plus centrées sur leur bébé.

Selon Groman [7], Sauvestre Foucault [31] et Tourjansky [36], la consultation du post-partum est considérée comme une consultation propice à une discussion autour de la sexualité après l'accouchement, selon les professionnels. Cependant, d'un point de vue des patientes interrogées par Groman, seulement 15% sont en accord avec cela. [7]

Les séances de rééducation périnéale représentent des moments opportuns pour beaucoup de sages-femmes. [7, 31, 38] Selon l'étude de Hébrard [37], la plupart des sages-femmes utilisent la rééducation périnéale pour aborder la sexualité. Cependant, seulement une sage-femme de notre étude a désigné ces séances comme moment approprié. D'un point de vue des patientes, cette période est moins sollicitée pour aborder leur sexualité. [1] Est-ce que cela s'explique par une reprise de l'activité sexuelle ayant eu lieu avant le début des séances de rééducation ?

Une sage-femme de notre étude a évoqué l'entretien du post-partum précoce comme étant le moment approprié. Mis en place en 2020, cet entretien est réalisé entre J8 et J15 de l'accouchement. Il offre une approche globale de prévention postnatale et une continuité du suivi anténatal. Il s'inscrit dans une approche d'accompagnement des femmes et des couples en post-partum. C'est donc une opportunité de revenir sur les situations qui touchent à l'intimité des femmes, dont le retour à la sexualité et à la vie conjugale. Les femmes et leur partenaire peuvent alors exprimer leurs questionnements, leurs besoins ou leurs difficultés à ce sujet à l'occasion de cet entretien. [42-44]

#### **4. INFORMATIONS DONNEES ET DEMANDES DES PATIENTES**

##### **4.1. INFORMATION DELIVREES PAR LES SAGES-FEMMES**

Le besoin d'informations des couples à propos de la sexualité postnatale est important. L'étude de Groman [7] et de Nadjafizadeh [2] montrent que les femmes auraient aimé aborder, par ordre de fréquence, les thèmes suivants : les changements corporels du post-partum, les troubles sexuels (dyspareunies, modification des sensations sexuelles, diminution de la libido) ressentis ou redoutés, la période adaptée à une reprise d'une activité sexuelle et enfin la contraception. [2, 7] Cependant, nous ne retrouvons pas toujours ces thèmes dans les informations données par les sages-femmes de notre étude. C'est le cas des modifications corporelles après l'accouchement, qui n'a jamais été cité par

notre population d'étude, contrairement à celle de Groman [7], où plus de deux tiers des sages-femmes évoquent cela avec leurs patientes. Or, le nouveau corps de mère, après la grossesse et l'accouchement, constituait une source de craintes pour certaines femmes selon notre étude. Une sage-femme déclarait que les patientes « *ont une vision totalement déformée de leur corps* ». Hébrard [37] affirme dans son étude que la majorité des femmes ne se sentent plus attirantes suite aux modifications physiques amenées par l'évolution de la grossesse et l'accouchement. De plus, Goubet [5] précise que plus les femmes prennent du poids pendant la grossesse, plus elles se sentent préoccupées au sujet de leur image corporelle et de leur désirabilité à l'égard d'elles-mêmes. La relation de la femme avec son nouveau corps, sa réappropriation et son acceptation ainsi que l'estime de soi sont des facteurs pouvant influencer la satisfaction sexuelle. [4, 37, 38] Il est donc nécessaire d'évoquer avec les femmes ces modifications corporelles, afin de les aider à accepter ce nouveau corps de mère et de renforcer leur estime de soi.

L'information clef donnée par l'ensemble des sages-femmes était l'absence de recommandations concernant la reprise d'une activité sexuelle en post-partum. Il n'existe pas de contre-indications médicales ni de recommandations des sociétés savantes à ce propos. Chaque couple reprend une activité sexuelle à son rythme, en fonction des envies et des ressentis. Une communication dans le couple est alors indispensable pour retrouver une relation conjugale. Cette notion de dialogue est évoquée par certaines sages-femmes de notre étude, qui jugeaient important de conseiller aux patientes d'échanger avec leur partenaire à propos de leur intimité conjugale.

La contraception était le deuxième sujet le plus évoqué par les sages-femmes interrogées. Des sages-femmes faisaient le lien avec le retour de couches et l'ovulation. Il est vrai que reprise de la sexualité post-natale et contraception sont en lien. Un retour de la fertilité peut avoir lieu à partir du 21ème jour après l'accouchement, nécessitant l'instauration d'une contraception si la femme ne souhaite pas de nouvelle grossesse. Il est donc important d'informer les femmes sur ce sujet et de leur présenter les différents types de contraception possibles, en fonction de la période du post-partum et du risque thromboembolique associé, du mode d'allaitement, des pathologies survenues au cours de la grossesse (hypertension gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel, ...) et des antécédents de celle-ci. [45] Toujours dans la physiologie des suites de couches, le sujet de la suture et de sa cicatrisation était une thématique abordée par certaines sages-femmes de notre étude.

Dans une autre approche de la sexualité, certaines sages-femmes informaient leurs patientes que cela relevait d'un acte d'amour, d'affection et de sensualité entre deux individus, en évoquant également les notions de préliminaires, de tendresse et de câlins. En effet, un rapport sexuel ne se résume pas uniquement à la pénétration vaginale. Plusieurs éléments peuvent constituer les préliminaires : caresses, baisers, sexe oral, massages, jeux sexuels, ... Cependant, pour certaines personnes, leur pratique seule ne constitue pas un acte sexuel. Ils ont pour but de stimuler le désir, d'exciter et de procurer du plaisir. Ils peuvent donc avoir lieu tout au long d'une relation sexuelle, selon les envies des partenaires mais ne sont pas obligatoires. Concernant la sexualité du post-partum, les

préliminaires peuvent constituer une pratique alternative à la pénétration, après un accouchement. En effet, les femmes peuvent avoir une certaine appréhension quant à la reprise d'un acte sexuel avec pénétration. Ceci peut être lié à des traumatismes secondaires à l'accouchement tels que l'existence de déchirures périnéales ou d'épisiotomie. Jalabert [1] souligne que lors du premier rapport sexuel postnatal, l'un des principales inquiétudes des femmes est la désunion de la suture. De plus, la sécheresse vaginale physiologique du post-partum peut rendre la pénétration difficile et douloureuse. Ceci peut donc être source de gênes voire de dyspareunies, comme l'évoquaient certaines sages-femmes de notre étude.

Selon plusieurs études, les informations apportées à propos de la sexualité postnatale, par les sages-femmes, sont considérées comme insuffisantes. [1, 2, 4, 7, 34] 64.7% des femmes de l'étude de Groman [7] se disent satisfaites de l'information apportée à ce propos mais 32.4% la jugent insuffisante. Il existe une inadéquation entre les attentes des femmes et l'information délivrée par les sages-femmes, notamment au niveau des sujets abordés.

#### 4.2. INTERROGATIONS ET CRAINTES DES PATIENTES

La majorité des sages-femmes affirmaient que leurs patientes avaient des interrogations et des préoccupations à propos de la sexualité après l'accouchement. En effet, les femmes sont nombreuses (71%) à éprouver de l'appréhension à l'idée de reprendre des rapports sexuels après l'accouchement. [7] La suture et sa cicatrisation était la préoccupation la plus citée par les sages-femmes de notre étude. Les questionnements à ce propos concernaient notamment le temps de cicatrisation et la peur d'une désunion de la suture. Les femmes présentant une déchirure sont davantage préoccupées par la guérison de leur périnée que celles ayant eu une épisiotomie au cours de l'accouchement ou présentant un périnée intact, selon l'étude de Goubet. [5]

La seconde préoccupation la plus citée par les sages-femmes était la douleur. L'une d'elle précisait que ce questionnement survenait « *surtout quand il y a eu des déchirures ou des épisiotomies* ». Selon Goubet [5], plus le vécu de l'accouchement est positif, moins les femmes sont préoccupées par la survenue éventuelle d'une dyspareunie dans le post-partum. D'autres préoccupations telles que le délai de reprise des rapports sexuels ont été citées. Enfin, seulement deux sages-femmes de notre étude avaient eu des questions de leurs patientes à propos de la contraception.

Concernant les craintes des femmes quant à la reprise d'une sexualité après un accouchement, la majorité des sages-femmes de notre étude y étaient confrontées. Une d'elle affirmaient qu'« *il y a beaucoup de peurs autour de la reprise des rapports en post-partum* ». En effet, il existe une appréhension des femmes et des couples quant à la reprise des rapports, comme l'affirme Sauvestre Foucault [31]. La majorité des sages-femmes de notre étude se sont retrouvées face à des patientes ayant une peur de la douleur. Cette peur, pour certaines sages-femmes, était en lien avec la présence d'une suture périnéale. Effectivement, selon l'étude menée par Jalabert [1], l'état périnéal influe sur la fréquence des rapports sexuels en post-partum. Lors du premier rapport sexuel après



l'accouchement, les 2 principales appréhensions des femmes sont la douleur et la désunion de la suture. [1]

#### 4.3. DOLEANCES DES PATIENTES

91% des femmes souffrent de troubles durant le post-partum, dont 41% qui affirment que ces problèmes affectent leur vie de couple ou leur sexualité. [31] La majorité des sages-femmes interrogées avaient, dans leur patientèle, des femmes exprimant des doléances concernant leur sexualité en post-partum. La doléance la plus citée était la douleur. Il pouvait s'agir de dyspareunies ou de douleurs situées au niveau de la suture. La dyspareunie est un trouble fréquent durant le post-partum. [31, 37] Selon l'étude de Santaller, Michy et Curto [46] menée auprès de 113 femmes l'impact des dyspareunies à six mois du post-partum chez les primipares, l'incidence de ces dyspareunies est de 16,8%. La prise en charge des femmes souffrant de dyspareunies est jugée inadaptée par 94,7% d'entre-elles. Les prises en charge citées dans cette étude sont les suivantes : l'expectative, l'utilisation de lubrifiants, les massages, l'homéopathie ou encore de l'ostéopathie. De plus, elles n'ont pas bénéficié d'une écoute optimale des professionnels de santé. Dans notre étude, les prises en charge proposées par les sages-femmes reposaient notamment sur des massages avec des crèmes cicatrisantes, de la rééducation du périnée ou encore de la radiofréquence.

Une autre doléance était la sécheresse vaginale. Ce symptôme est fréquent en post-partum, pouvant être induite par l'allaitement maternel et le climat hormonal du post-partum. [31] Tourjansky [38] affirme que ce manque de lubrification a une répercussion sur la sexualité de la femme et du couple, rendant les rapports plus douloureux. De plus, certaines patientes des sages-femmes interrogées se plaignaient de relâchement périnéal pouvant même conduire à une certaine béance. Il est vrai que le climat hormonal du post-partum, dominé par la progestérone, induit une diminution de la tonicité du périnée et une augmentation de la laxité ligamentaire. Ceci peut donc entraîner un certain relâchement périnéal chez les femmes. [47] Selon l'étude de Jalabert [1], la diminution de la satisfaction lors des rapports est rapportée de manière équivalente par les 2 partenaires qui constatent souvent une hyperlaxité vaginale et une lubrification vaginale moindre.

Le vaginisme est une notion qui a été citée par certaines sages-femmes de notre étude, mais celle-ci n'est pas spécifique du post-partum. Il peut exister un vaginisme à tout moment de la vie d'une femme. L'OMS qualifie cette dysfonction sexuelle comme un spasme des muscles du plancher pelvien entourant le vagin, entraînant une occlusion de l'ouverture vaginale. Par conséquent, l'intromission est impossible ou douloureuse. Cependant, un vaginisme secondaire peut survenir à la suite d'un traumatisme obstétrical, comme par exemple après une déchirure, une épisiotomie mal suturée ou un accouchement vécu comme traumatique. [48]

#### 5. CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES

Selon les affirmations de notre population d'étude, la formation initiale semble apporter des connaissances théoriques insuffisantes, voire aucunes, sur la thématique de la sexualité postnatale.

Ce manque de formation et de connaissances peut alors constituer un frein à l'abord de la sexualité postnatale, comme l'affirme Tourjansky. [38]

Cependant, selon l'annexe II de l'Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme, 78 heures, soit 10% du programme, doivent être consacrées à l'enseignement de la gynécologie et de la sexologie lors de la formation de deuxième cycle. [49] Dans le contenu pédagogique du premier cycle de formation, comprenant la deuxième et la troisième années d'étude, est retrouvé un enseignement portant sur la consultation post-natale avec l'examen clinique et le choix de la contraception. [50] Cependant, à l'école de sages-femmes de Metz, en Lorraine, trois heures de formation consacrées à la sexualité du post-partum sont dispensées en troisième année, lors du second semestre. Il semblerait que cet enseignement arrive de manière trop précoce dans le cursus, induisant un éventuel oubli de ce dernier par les étudiantes sages-femmes.

La sexualité de manière globale est, quant à elle, abordée durant la formation, notamment lors du deuxième cycle (quatrième et cinquième années), dans l'unité d'enseignement consacrée à la gynécologie. Les objectifs à ce propos sont de favoriser le l'abord de la sexualité et pouvoir répondre ou orienter en cas de plaintes sexuelles. Les aspects biopsychosociaux de la sexualité, les principaux motifs de plaintes ainsi l'éducation sexuelle y sont enseignés. [51] On observe donc que ceci est abordé tardivement dans la formation initiale et souvent dissocié du reste de l'exercice de la maïeutique. La sexualité est rarement présentée comme une composante physiologique de la vie des femmes, des couples et de la maternité. Pourtant, les sages-femmes ont un rôle d'accompagnement de la physiologie, y compris concernant la sexualité.

De plus, bien que la sexualité soit abordée dans le programme de la formation initiale du métier de sage-femme, cela repose sur une approche médicale, oubliant totalement l'approche psychologique.

Malgré le manque de connaissances, la majorité des sages-femmes de notre étude évoquaient le sujet de la sexualité post-natale avec les patientes. Certaines sages-femmes s'appuyaient sur leur propre expérience personnelle de femme mais également de mère pour informer leurs patientes. L'expérience personnelle suite à une maternité peut être intéressante, permettant au professionnel de santé d'apporter aux femmes des informations beaucoup moins théoriques et plutôt pratico-pratiques. Cependant, l'expérience des uns n'est pas l'expérience des autres. En effet, il existe autant de conceptions de la sexualité qu'il existe d'individus. Chacun possède sa propre définition et approche de la sexualité, avec des préférences et envies qui lui sont propres.

Quelques sages-femmes utilisaient les informations acquises par le biais de leur expérience professionnelle pour aborder le sujet. Elles ont appris soit sur les terrains de stage lorsqu'elles étaient étudiantes, soit auprès de leurs collègues une fois diplômées. Selon Tourjansky [38], l'expérience professionnelle est la première source de connaissances sur la sexualité postnatale. L'apprentissage auprès des pairs se révèle capital. Les participantes parlent du mimétisme, du compagnonnage des sages-femmes lors des stages et des échanges entre collègues. [38] De plus, les sages-femmes sont poussées, grâce à l'écoute de leurs patientes et de leurs problématiques, à réfléchir sur le sujet et à chercher des réponses pour améliorer leur prise en charge, en effectuant des recherches

personnelles. Effectivement cette notion a été évoquée au cours de notre étude où une sage-femme hospitalière affirmait qu'elle n'avait pas toujours la réponse aux questions des femmes, la menant ainsi à effectuer des recherches pour leur apporter des réponses. Elle affirmait « *c'est mon rôle de sage-femme !* ». Effectivement, la sage-femme a une obligation de moyens. De nombreux écrits, études ou encore articles à propos de la sexualité après l'accouchement existent, constituant autant de sources d'informations possibles. Facilement accessibles aux professionnels de santé, ils peuvent leur permettre de compléter leurs connaissances.

Si des zones d'ombres existent, les sages-femmes interrogées n'hésitaient pas à rediriger leurs patientes vers un professionnel jugé comme plus qualifié pour permettre une prise en charge optimale. Agbahoungba [35] montre également que les sages-femmes possèdent un réseau leur permettant d'orienter vers le professionnel adapté, en fonction du trouble sexuel rencontré. Le ou la sexologue constitue le professionnel ressource le plus cité dans notre étude.

Nos résultats sont confortés par l'étude de Brambilla [52], menée auprès de 60 patientes ayant consulté une sage-femme sexologue à propos de leurs besoins, qui stipule que les sages-femmes sexologues étaient des référentes pour plusieurs types de professionnels (gynécologues obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes, psychologues).

## **6. BESOIN DE FORMATION DES SAGES-FEMMES**

Si la formation initiale ne donne pas les moyens aux sages-femmes d'informer les patientes et les couples à propos de la sexualité en post-partum, une formation complémentaire semble plus formatrice et enrichissante en termes d'informations. En effet, les sages-femmes affirmaient qu'une formation complémentaire leur permettrait de répondre de manière plus satisfaisante et de manière plus confiante aux demandes et doléances des femmes. Il existe de nombreuses formations complémentaires portant sur la sexologie, diplômantes comme non diplômantes. Cependant, la moitié des sages-femmes n'étaient pas intéressées par cela, soit par désintérêt total ou par projet de formations autres.

Il existe de nombreux DU ou DIU possibles pour les sages-femmes en lien avec la sexologie. Or, ce type de formation n'était pas plébiscité par notre population d'étude et un certain nombre de freins étaient associés. Le coût et la durée de la formation sont les freins les plus cités. Il est vrai qu'un diplôme universitaire (DU) ou inter-universitaire se réalise sur plusieurs années, allant de 2 à 3 ans selon les diplômes et universités. De plus, la réalisation de ce genre de formation complémentaire implique un financement pouvant être important. Ce dernier n'est pas toujours pris en charge par l'établissement de santé pour les sages-femmes hospitalières. De plus, les sages-femmes libérales ont une obligation de participer au financement de leurs formations. Cela représente donc un investissement conséquent à prendre en compte avant la réalisation d'une formation complémentaire. Certaines sages-femmes interrogées affirmaient que faire un DU ou un DIU axé sur la sexualité était adressé aux sages-femmes souhaitant devenir sexologue.

Les formations courtes et ponctuelles semblaient être privilégiées par les sages-femmes de notre étude. Celles-ci leur permettraient de « *remettre les connaissances à jour* » pour certaines et/ou

d'obtenir « des bases pour diagnostiquer et pour pouvoir s'adresser aux patientes » pour d'autres. Elles leur permettraient de recevoir des outils pour répondre aux interrogations ou aux doléances exprimées par les femmes. Certains établissements de santé proposent des formations courtes portées sur la sexualité, destinées aux professionnels de santé.

## **7. CONSULTATION DEDIEE A LA SEXUALITE POSTNATALE**

La création d'une consultation uniquement dédiée à la thématique de la sexualité post-natale semblait être une proposition d'action pertinente pour la moitié des sages-femmes de notre étude. Cette consultation permettrait d'« accompagner les couples » dans la reprise de leur sexualité après l'accouchement. Elle constituerait un moment d'échange où les femmes pourraient aborder leurs interrogations ou leurs craintes et évoquer d'éventuelles difficultés (pré-)existantes au sein du couple. De plus, elle serait une occasion supplémentaire pour les sages-femmes de dépister, notamment les violences sexuelles, comme le précisait une sage-femme hospitalière. En effet, la grossesse est une situation de vulnérabilité, pouvant être un facteur déclencheur de violences. 10% des femmes enceintes subissent des violences durant leur grossesse. Elle peut être également un facteur aggravant si les violences existaient auparavant, où les violences s'aggravent pour près de deux tiers des femmes. [53] C'est pourquoi il est fondamental de sensibiliser les femmes, de dépister les violences et de mettre en place une prise en charge adaptée durant la grossesse et le post-partum. Cette période représente alors un moment privilégié pour poser la question des violences au sein du couple, en raison de la fréquence des consultations et du lien de confiance qui s'établit entre le professionnel de santé et la patiente. De plus, la grossesse peut constituer un élément déclencheur pour les femmes puisqu'il ne s'agit plus d'elle seule mais d'une diade avec le futur enfant à naître, qu'il faut protéger des comportements violents qu'il pourrait subir. [54]

Le moment proposé par les sages-femmes pour réaliser ce genre de consultation était varié mais le post-partum semblait être le moment le plus opportun, après le retour à domicile. Selon Groman [7], les six premières semaines du post-partum constituent l'une des périodes la plus adaptée pour aborder le sujet de la sexualité post-natale avec les femmes. Le retour à domicile peut être pertinent pour aborder le sujet, avec le suivi PRADO proposé par les sages-femmes libérales. Les femmes sont plus aptes à écouter les informations et plus ouvertes à la discussion. Elles sont dans leur environnement, avec leur conjoint, donc plus ancrées à la réalité et plus concernées par le sujet. Ceci peut donc engendrer des questions ou des peurs, non envisagées lors du séjour à la maternité, auxquelles la sage-femme libérale peut répondre et rassurer.

Concernant les informations clés à donner durant cette consultation, la moitié des sages-femmes affirmaient qu'il était nécessaire de parler de la notion de couple, avec l'importance de la communication entre les partenaires. De plus, il faudrait évoquer la notion de sexualité de nouveaux parents, comme proposé dans notre étude. En effet, l'arrivée d'un enfant peut chambouler la vie sexuelle du couple. Durant cette période, on observe chez la femme une priorisation dirigée vers le bébé et ses besoins, aux dépens de toutes autres considérations tant pour elle-même que pour son partenaire. Certains facteurs tels que la présence de l'enfant dans la chambre parentale, la fatigue,

l'existence d'une éventuelle dépression du post-partum, la préoccupation organisationnelle, le manque de communication dans le couple ou encore la diminution du temps passé ensemble peuvent impacter la vie sexuelle du couple. [4, 31, 38] Selon Sauvestre Foucault [31], 65% des femmes affirment que la naissance a modifié leur relation de couple. De plus, il est possible que les partenaires ne soient pas toujours en phase concernant leurs envies ou leur désir sexuel, notamment en post-partum.

Effectivement, la notion d'envie et de se sentir prêt à reprendre une sexualité après l'accouchement est une des informations jugées comme nécessaire à donner aux femmes lors de cette consultation, pour cinq sages-femmes de notre étude. Il s'agit de quelque chose de fondamental. La femme doit se sentir prête, dans son corps et dans sa tête, pour reprendre des relations sexuelles. Il en est de même pour le partenaire. En effet, le conjoint doit pouvoir de nouveau érotiser sa femme, devenue mère de son enfant.

Concernant le conjoint, celui-ci peut voir son attirance sexuelle envers sa femme modifiée, pour plusieurs raisons. Les modifications physiques féminines post-accouchement peuvent impacter l'attrait sexuel de l'homme vis-à-vis de la femme. Le regard sur le sexe de la femme, au moment de l'accouchement, peut également avoir un impact sur cela. Il est possible que pour certains, voir le sexe féminin se distendre au moment du passage de l'enfant peut être traumatique, impactant ainsi la reprise de la sexualité et le désir sexuel par la suite. [55, 56] De plus, après la naissance et toute la symbolique que cela induit, un caractère sacré rattaché à cette zone anatomique peut apparaître et faire que les hommes n'osent plus la toucher. [56]

De plus, l'allaitement maternel peut avoir un impact sur cette attirance sexuelle. Après l'accouchement, une dualité fonctionnelle de la poitrine apparaît avec le sein érotique et le sein nourricier. Pour certains pères, ces deux fonctions peuvent coexister sans avoir d'impact sur leur désir sexuel envers leur compagne, mais pour d'autres, des difficultés à érotiser la femme allaitante apparaissent. En effet, le sein nourricier prédomine, reléguant ainsi la fonction érotique au second plan. [58] L'étude de Fabre-Clergue et Duverger-Charpentier [59] menée auprès de 200 primipères à propos de la sexualité postnatale montre que seulement 5% des jeunes pères sont dérangés par l'allaitement maternel. L'étude de Marrie [60] menée auprès de 26 hommes à propos de l'influence de l'allaitement maternel sur la sexualité des couples en post-partum montre également que la majorité d'entre eux jugent que l'allaitement maternel n'impacte pas leur désir et leur plaisir sexuel.

D'autres informations telles que l'absence de recommandations quant à la reprise d'une sexualité postnatale, la physiologie du post-partum, la contraception, les douleurs, le nouveau corps de mère ainsi que la nécessité de consulter en cas de problématiques sexuelles sont autant de thématiques citées par les sages-femmes de cette étude, qui sont jugées nécessaire à aborder au décours de cette consultation.

Malgré qu'une consultation totalement axée sur la sexualité post-natale soit jugée comme pertinente, la majorité des sages-femmes de notre étude n'était pas intéressée. Pour certaines sages-femmes,

cela relevait plutôt d'une consultation avec un sexologue plutôt qu'avec une sage-femme. De plus, la notion de connaissances plus précises avec une formation complémentaire sur le sujet semblait nécessaire pour conduire ce genre de consultation.

## **8. PERSPECTIVES D'AMELIORATION**

### **8.1. LUTTER CONTRE LE TABOU LIE A LA SEXUALITE**

La sexualité est l'objet de nombreux tabous. Effectivement, parler de sexualité renvoie à l'intimité de l'individu. Cela peut donc engendrer une certaine réticence et une gêne à aborder le sujet avec autrui.

La santé sexuelle faisant partie intégrante de la santé, il est important que le professionnel de santé soit ouvert à la discussion. Beaucoup de femmes et de couples peuvent avoir des interrogations, des peurs et mêmes des difficultés sexuelles. Il est donc primordial de favoriser les échanges à ce propos et de poser régulièrement des questions là-dessus. Plus les professionnels de santé vont aborder le sujet, plus les femmes vont oser en parler et moins le sujet sera tabou. Il est donc nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé sur la thématique de la sexualité.

Afin de lever les tabous sur la sexualité et ses composantes, il faut favoriser l'éducation à la vie sexuelle et affective. L'éducation à la sexualité est inscrite dans le Code de l'éducation (article L. 121-1 et L. 312-16) depuis la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001. Elle est obligatoire dans les établissements scolaires, débutant dès l'école primaire et se poursuivant au collège et au lycée. Au minimum trois séances annuelles doivent être dispensées. [61, 62] Or, ces objectifs ne sont pas respectés. Le collectif #NousToutes a publié, en septembre 2021, une enquête nationale à propos des séances d'éducation à la sexualité menées auprès de 10 938 collégiens et lycéens. Cette enquête montre que les élèves n'ont pu bénéficier que de 13% du nombre total de séances prévues par la loi. En effet, les élèves ont reçu en moyenne 2,7 séances d'éducation à la vie sexuelle et affective durant leur parcours collège-lycée, au lieu des 21 séances minimum prévues par la loi. [63] Il est donc primordial de renforcer et augmenter les séances d'éducation à la sexualité afin de permettre d'apporter un maximum d'informations théoriques aux jeunes, de limiter les comportements à risque, de prévenir l'apparition de violences sexistes et sexuelles ainsi que de lever les tabous autour de la vie sexuelle.

L'éducation et l'accompagnement à la sexualité doivent être poursuivis tout au long de la vie d'adulte. Certains adultes possèdent des connaissances erronées ou des lacunes sur la sexualité, soit par manque d'éducation au moment de l'adolescence à ce propos, soit par des mythes véhiculés au fil du temps. La méconnaissance de l'anatomie génitale masculine et féminine est largement observée. Prenons l'exemple de l'anatomie génitale féminine. Beaucoup d'individus emploient le terme « vagin » pour désigner la vulve. Ceci peut s'expliquer par le fait que les parents ne nomment pas la vulve avec le terme adéquat et utilisent plutôt des mots enfantins. L'étude britannique d'El-Hamamsy, Parmar, Shoop-Worrall et Reid [64] menée auprès de 191 personnes, hommes et femmes confondus, à propos des connaissances portant sur l'anatomie génitale féminine, a montré que seulement 9% des participants sont capables de citer tous les organes composant la vulve. De plus, seuls 46% des participants ont correctement identifié les trois orifices externes que possède une femme. Une conception anatomique erronée est ressortie de cette étude où les participants considéraient le col de l'utérus comme un orifice externe. Alors comment envisager une sexualité épanouie en toute

conscience, lorsque les notions anatomiques ne sont pas acquises ? Il est donc pertinent de poursuivre l'éducation durant l'âge adulte sur le sujet, afin d'élargir leurs connaissances sur la sexualité, avec l'ensemble des notions psychologiques et physiques associées.

## 8.2. INFORMATIONS SUR LA SEXUALITE EN PERINATALITE

Il y a nécessité d'informer les femmes, tout au long de leur parcours périnatal, sur la sexualité. Ce sujet peut être source de nombreuses interrogations et craintes chez le couple. Beaucoup de fausses croyances existent quant à la sexualité durant la grossesse.

Une sensibilisation des femmes quant à la sexualité périnatale semble essentielle. Cette sensibilisation permettrait de mettre en place une éducation à la sexualité durant la grossesse et le post-partum avec des informations sur les troubles sexuels pouvant survenir, de donner à la femme la possibilité de s'exprimer sur sa sexualité et de proposer des solutions et informations adaptées.

La sage-femme est le professionnel au cœur de la santé sexuelle des femmes. Elle a de nombreuses opportunités (consultations de grossesse et suivi du post-partum) pour faire la promotion de la santé sexuelle et affective auprès des femmes. Le suivi régulier proposé par la sage-femme permet de créer une relation de confiance, élément clef dans une relation de soin pour que la patiente puisse s'exprimer librement sur le sujet. Il semble pertinent d'aborder la thématique de la sexualité de manière régulière et individuelle, par des questions ouvertes permettant ainsi à la patiente de parler de sa sexualité avec le professionnel. Il est évident de rappeler au couple, que ce dernier peut aborder le sujet à n'importe quel moment du suivi, s'il en ressent le besoin.

## 8.3. FORMATIONS DES SAGES-FEMMES

La formation des sages-femmes ainsi que la sensibilisation de ces dernières à propos de la sexualité est fondamentale.

Il semble pertinent de développer la formation initiale et d'approfondir les enseignements à propos de la sexologie. Ils devraient être dispensés en grande partie lors du second cycle, en quatrième et cinquième année, afin de limiter le biais de mémorisation. Il semble pertinent que cette formation soit basée sur la physiologie de la sexualité et tous les aspects qu'elle revêt ainsi que sur les troubles sexuels existants. Une formation sur la sexualité périnatale comprenant la grossesse et le post-partum doit être également abordée, avec des outils permettant d'informer les patientes et de proposer une prise en charge optimale en cas de difficultés sexuelles durant ces périodes. Des cours théoriques ne semblent pas être le meilleur moyen d'enseignement, bien qu'ils soient nécessaires pour certaines notions. Des ateliers, des séances d'échanges ou encore des mises en situation permettraient de rendre le sujet plus attrayant et plus éducatif.

Concernant la formation continue, il faut donner aux sages-femmes la possibilité et les moyens de réaliser des formations quant à la sexualité, sans avoir à entreprendre une formation diplômante. Il semble pertinent de proposer aux sages-femmes des formations non diplômantes de courte durée, par le biais de congrès, d'assises ou de sessions de formation. Le Conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes organise notamment des journées de formation à thème, celles-ci pourraient être l'occasion de sensibiliser des sages-femmes libérales et hospitalières sur la santé sexuelle de la

femme. Ces formations complémentaires constituent de véritables ressources pour les sages-femmes et permettraient de les aider à aborder plus facilement le sujet, de mieux conseiller les femmes et de pouvoir les orienter correctement si nécessaire.



## CONCLUSION

La sage-femme a un rôle important dans l'accompagnement de la femme au cours de sa vie sexuelle. Elle est un acteur de la prévention en matière de sexualité et de dépistage de troubles sexuels.

Le caractère systématique de l'abord de la sexualité est un élément clef. En effet, si toutes les sages-femmes abordaient le sujet de manière systématique avec toutes leurs patientes, alors le sujet de la sexualité rentrerait dans une normalité et ne sera plus un tabou. De plus, ceci permettrait aux patientes, en cas de besoins ou de difficultés, de se confier à leur sage-femme sans crainte.

Il semble que les sages-femmes évoquent la thématique de la sexualité du post-partum à des moments qui ne sont pas en phase avec les besoins ou attentes des patientes. Il est donc important de cibler le moment où la femme est apte à recevoir des informations à ce propos, afin que l'accompagnement soit le plus optimal et adéquat.

La reprise de la sexualité et le rôle de la sage-femme dans son accompagnement ne sont pas toujours abordés dans la formation initiale. Pour que les sages-femmes soient plus à l'aise dans leur pratique professionnelle, la formation initiale pourrait inclure plus de connaissances théoriques sur la sexualité postnatale et des facteurs qui l'influencent ainsi qu'une approche pratique pour aborder le sujet. Ces connaissances devraient permettre à toute sage-femme de réaliser une information préventive sur la sexualité avec aisance et permettre une orientation pertinente en cas de besoin. Les formations complémentaires semblent être une ressource pertinente pour aider les sages-femmes qui le souhaitent, dans leur accompagnement des patientes à la reprise de la sexualité en post-partum.

De manière plus générale, la sexualité du post-partum doit faire partie du suivi post-natal global afin de favoriser le maintien d'une relation positive en matière d'intimité et de sexualité chez les couples. Pour cela, un accompagnement permettrait d'aider les femmes à s'épanouir dans leur vie sexuelle et affective. L'information des changements possibles de leur sexualité après l'accouchement et la prévention de problèmes éventuels liés à la reprise des rapports ont toute leur place dans la pratique des sages-femmes.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Jalabert A. Devenir père et mère, et rester partenaires : impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple et besoin en information. [Mémoire]. École de Sage-femme de Metz. Université Henri Poincaré Nancy I. 2012 ; 96p.
- [2] Nadjafizadeh M. Sexualité durant la grossesse et le post-partum. Vocation Sage-femme. Nov-Déc 2010 ; 9(86-87) : 21-5.
- [3] Leuillet P. Grossesse et post-partum. In : Médecine sexuelle : fondements et pratiques. Paris : Lavoisier Médecine Sciences. 2016. p.197-204.
- [4] Toesca C. Sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant : étude auprès de 75 primipares : quel impact de la naissance sur la sexualité ?. [Mémoire]. École de Sages-femmes du CHU de Nice. Université de Nice Sophia-Antipolis. 2017 ; 111p.
- [5] Goubet L. Santé sexuelle et post-partum : à la maternité, quelles sont les préoccupations maternelles?. [Mémoire]. UFR Sciences humaines et sociale de Metz. Université de Lorraine. 2018 ; 110p.
- [6] Goulet L. La reprise de la sexualité dans le post-partum chez les femmes ayant eu des lésions périnéales. [Mémoire]. École de Sage-femme de Rouen. Centre hospitalier universitaire de Rouen. 2019 ; 72p.
- [7] Groman E. Comment parler de sexualité après l'accouchement. Vocation Sage-femme. Mar 2016 ; 15(119) : 30-4.
- [8] De Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. 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. 2016 ; 45(8) : 809-20.
- [9] Giami A. Le concept de santé sexuelle. In : Médecine sexuelle : fondements et pratiques. Paris : Lavoisier Médecine Sciences. 2016. p.15-21.
- [10] Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle. [En ligne]. (Consulté le 14/01/2021) ; Disponible sur : [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/)
- [11] Courtois R. Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. Annales Médico-Psychologiques. Revue Psychiatrique. 1998 ; 156(9) : 613-20.
- [12] Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle et reproductive – Compétence de base en soins primaires. 2012. [En ligne]. (Consulté le 24/08/2021) ; Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77743/9789242501001\\_fre.pdf;jsessionid=83C86FCD23405AE0840BC21A12EF45FC?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77743/9789242501001_fre.pdf;jsessionid=83C86FCD23405AE0840BC21A12EF45FC?sequence=1)
- [13] Le Pennec A. Santé sexuelle, la définition de l'OMS. L'école des parents. 2013 ; 602 : 37.
- [14] Gardner J. Pathways of Sexual Desire. The Journal of Sexual Medicine. 2009 May ; 6(6) : 1506-33.

- [15] Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, Guiliano F. Anatomie et physiologie de la sexualité. Progrès en urologie. Juil 2013 ; 23(9) : 547-61.
- [16] Droupy S, Monforte M. Anatomie fonctionnelle de la réponse sexuelle. In : Médecine sexuelle : fondements et pratiques. Paris : Lavoisier Médecine Sciences. 2016. p.31-45.
- [17] Chevret-Measson M. Anatomie et physiologie de l'appareil sexuel féminin. Nov 2012. [En ligne]. (Consulté le 24/08/2021) ; Disponible sur : <https://sexoblogue.fr/cours-de-sexologie/la-sexualite-normale/biologie/anatomie-physiologie-feminine>
- [18] Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response*. Little, Brown and Co. 1966.
- [19] Masters WH. The sexual response cycle of the human female : vaginal lubrication. Annals New York Academy of Sciences. 1959 Nov ; 83(2) : 301-17.
- [20] Courtois F. Neurophysiologie de la réponse sexuelle chez la femme. In : Médecine sexuelle : fondements et pratiques. Paris : Lavoisier Médecine Sciences. 2016. p.57-61.
- [21] Basson R. The Female Sexual Response : A Different Model. Journal of Sex & Marital Therapy. 2011 Feb ; 26(1) : 55-65.
- [22] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Physiologie du rapport sexuel. [En ligne]. (Consulté le 24/08/2021) ; Disponible sur : <http://www.cngof.fr/la-sexualite/316-physiologie-du-rapport-sexuel>
- [23] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. L'orgasme. [En ligne]. (Consulté le 24/08/2021) ; Disponible sur : <http://www.cngof.fr/la-sexualite/317-l-orgasme>
- [24] Basson R. Human Sex-Response Cycles. Journal of Sex & Marital Therapy. 2011 Jan ; 27(1) : 33-43.
- [25] Basson R. Using a Different Model for Female Response to Address Women's Problematic Low Sexual Desire. Journal of Sex & Marital Therapy. 2011 Feb ; 27(5) : 395-403.
- [26] Ramseyer F. Neuf mois de sensualité. Sexualités Humaines. Juil-Aout-Sept 2009 ; 2 : 60-8.
- [27] Gauquelin A, Salama S. Sexualité et assistance médicale à la procréation, un lien étroit. Vocation Sage-femme. Nov-Dec 2012 ; 99 : 12-3.
- [28] Chaabane K, Trigui K, Kebaili S et al. Sexualité du couple lors de grossesse issue d'une procréation médicalement assistée. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2013 ; 42 : 265-70.
- [29] Organisation Mondiale de la Santé. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique. 1998 ; 81. [En ligne]. (Consulté le 14/01/2021) ; Disponible sur :

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66396/WHO\\_RHT\\_MSM\\_98.3\\_fre.pdf;jsessionid=D05A1D9CF3BCF299ABCCEF9C78F3634C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66396/WHO_RHT_MSM_98.3_fre.pdf;jsessionid=D05A1D9CF3BCF299ABCCEF9C78F3634C?sequence=1)

[30] Horovitz J., Coatleven F., Roux D., Vandenbossche F. Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens). EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Obstétrique, 5-110-A-10, 2011.

[31] Sauvestre Foucault C. Sexualité du post partum : évaluations des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. [Mémoire]. École de Sages-femmes Baudelocque. Université Paris Descartes. 2011 ; 91p.

[32] Schwab-Egger F. Évaluation de l'impact des atteintes de la sphère périnéale sur l'image de soi et le vécu sexuel des femmes. [Mémoire]. Université de Genève. 2011 ; 94p.

[33] Bon J. L'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels : étude transversale au sein d'une cohorte de 209 femmes suivies dans une maternité de type III. [Mémoire]. École de Sage-femme de Clermont-Ferrand. Université Clermont-Auvergne. 2017 ; 91p.

[34] Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R et al. Sexualité féminine au cours de la grossesse et en post-partum : à propos de 80 femmes tunisiennes. La Tunisie Médicale. 2017 ; 95(7) : 482-7.

[35] Agbahoungba MS. Grossesse et sexualité érotique : étude qualitative, observationnelle et multicentrique à propos de la place accordée à la sexualité érotique pendant le suivi de grossesse par douze sages-femmes libérales mosellanes et Meurthe-et-mosellanes. [Mémoire]. École de Sages-femmes de Metz. Université de Lorraine. 2020 ; 133p.

[36] Farine F, Lalanne-Magné F. Vaincre le tabou de la sexualité en périnatalité : un défi pour les sages-femmes. [Mémoire]. Haute école de santé de Genève. 2016 ; 85p.

[37] Hebrard L. La sexualité du couple après la naissance d'un enfant : quel accompagnement ?. [Mémoire]. École de Sages-femmes de Clermont-Ferrand. Université de Clermont-Auvergne. 2019 ; 66p.

[38] Tourjansky A. L'abord de la sexualité postnatale par les sages-femmes dans leur pratique professionnelle. [Mémoire]. École de Sages-femmes Baudelocque. Université Paris Descartes. 2019 ; 136p.

[39] Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité : préparez votre retour à la maison. Mars 2014. [En ligne]. (Consulté le 01/03/2022) ; Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/document\\_dinformation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/document_dinformation.pdf)

[40] Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Menin MM, Djanha Y. La sexualité du post-partum : analyse du vécu dans le couple noir africain. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Mar 2015 ; 44(3) : 280-5.

[41] Jarlier C. Parler de sexualité pendant la grossesse. [Mémoire]. École de Sages-femmes de Clermont-Ferrand. Université d'Auvergne. 2012 ; 90p.

- [42] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mar 2014. [En ligne]. (Consulté le 05/01/2022); Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations -  
\\_sortie de maternite apres accouchement.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf)
- [43] Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. Qu'est-ce que l'entretien postnatal ?. Nov 2021. [En ligne]. (Consulté le 05/01/2022); Disponible sur : <https://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2021/11/Lentretien-postnatal-precoce.pdf>
- [44] Assemblée Nationale. Amendement n°2358. Oct 2021. [En ligne]. (Consulté le 05/01/2022); Disponible sur : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements\\_alt/4523/AN/2358](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements_alt/4523/AN/2358)
- [45] Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme en post-partum. Juil 2019. [En ligne]. (Consulté le 14/03/2022); Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj-contraception-post-partum-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf)
- [46] Santailier M, Michy T, Curto L. Impact des modes d'accouchement dans les dyspareunies du post-partum. Vocation Sage-femme. Mai 2016 ; 15(120) : 30-4.
- [47] De Gasquet B. Rééducation périnéale et allaitement. Dossier de l'allaitement. Avr-Mai-Juin 2001. ; 47. [En ligne]. (Consulté le 14/03/2022); Disponible sur : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1473-da-47-reeducation-perineale-et-allaitement>
- [48] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Sexualité normale et ses troubles. [En ligne]. (Consulté le 14/03/2022); Disponible sur : <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-20.html>
- [49] Ministère de l'Éducation Nationale et Ministère de la Santé. Annexe II. In : Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. Journal officiel de la République Française. Déc 2001 ; 294. [En ligne]. (Consulté le 01/03/2022); Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab2000ff20befe0ed4ca98d243bcae1263385d3b0bcdb13f87b332f6f8818edbefbc6a086dd9664a1430003946ee9ba8cec7b8ddc955a715777924ed512eee42f32fe060df67261be5a2dbb168368182980a3b8411337941feea44](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000ff20befe0ed4ca98d243bcae1263385d3b0bcdb13f87b332f6f8818edbefbc6a086dd9664a1430003946ee9ba8cec7b8ddc955a715777924ed512eee42f32fe060df67261be5a2dbb168368182980a3b8411337941feea44)
- [50] Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. Bulletin officiel. Aout 2011 ; 13. [En ligne]. (Consulté le 01/03/2022); Disponible sur : [https://cnema.fr/cnema/wp-content/uploads/2021/11/BO\\_ESR\\_30\\_25-08-11\\_-\\_DFGSMa.pdf](https://cnema.fr/cnema/wp-content/uploads/2021/11/BO_ESR_30_25-08-11_-_DFGSMa.pdf)
- [51] Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Diplôme d'État de sage-femme. Bulletin officiel. Avr 2013 ; 15. [En ligne]. (Consulté le 01/03/2022); Disponible sur : <https://cnema.fr/cnema/wp-content/uploads/2021/11/Bulletin-officiel-n°15-du-11-avril-2013-ESR.pdf>

- [52] Brambilla M. La place des sages-femmes en sexologie. [Mémoire]. École de Sages-femmes de Grenoble, Université Grenoble Alpes. 2016 ; 49.
- [53] Salmona M. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique. In : Violences conjugales et famille. Paris : Dunod. 2016. p.65.
- [54] Henrion R. Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Fev 2005 ; 34(1) : 62-7.
- [55] Pont L. La représentation de la sexualité des primipères après un accouchement. [Mémoire]. École de Sages-femmes de Bourg-en-Bresse. Université Claude Bernard Lyon 1. 2015 ; 77p.
- [56] Miljanovic B. Sexualité masculine du post-partum. [Mémoire]. Université de Nantes 1. 2010 ; 58p.
- [57] Moeris M. Présence du père à l'accouchement : impact sur sa sexualité future A propos de 45 pères questionnés en maternité et à trois mois après la naissance. [Mémoire]. École de Sages-femmes de Caen. Université de Caen. 2018 ; 85p.
- [58] Duchêne-Paton AM, Trillot C. Sexualité et allaitement. [En ligne]. (Consulté le 15/03/2022) ; Disponible sur : <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/11/allaitement-et-sexualite-19-mai-2015-rsn-v1805ter-1.pdf>
- [59] Fabre-Clergue C, Duverger-Charpentier H. Sexualité du postpartum. La revue de la sage-femme. Dec 2008 ; 7(6) : 301-4.
- [60] Marrie A. Sein érotique, sein nourricier : l'allaitement maternel a-t-il un impact sur la sexualité des couples en post-partum ? [Mémoire]. École de sages-femmes de Bordeaux. Université Bordeaux 2. 2014 ; 71p.
- [61] Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports. L'éducation à la sexualité. Bulletin officiel. Sept 2018 ; 33. [En ligne]. (Consulté le 28/04/2022) ; Disponible sur : [https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm?cid\\_bo=133890](https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm?cid_bo=133890)
- [62] Légifrance.gouv. L'éducation à la santé et à la sexualité. Art. L312 n°2021-1109 du 24 Août 2021 - Art 33 [En ligne]. (Consulté le 28/04/2022) ; Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043982349](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982349)
- [63] Barre S, Breuil M, Lévy C et al. Enquête sur les séances d'éducation à la sexualité au collège et au lycée. Sept 2021. [En ligne]. (Consulté le 28/04/2022) ; Disponible sur : [https://www.noustoutes.org/ressources/Dossier\\_de\\_presse\\_Education\\_a\\_la\\_sexualite.pdf](https://www.noustoutes.org/ressources/Dossier_de_presse_Education_a_la_sexualite.pdf)
- [64] El-Hamamsy D, Parmar C, Shoop-Worrall S, Reid F. Public understanding of female genital anatomy and pelvic organ prolapse (POP): a questionnaire-based pilot study. International Urogynecology Journal. 2022 ; 33 : p.309-18.

## **ANNEXES**

Annexe I : guide d'entretien

## **ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN**

Age :

Année de l'obtention du DE :

Lieu d'exercice durant la carrière :

Lieu d'exercice actuel et durée :

Formations complémentaires :

### ***H1 : Les sages-femmes hospitalières et libérales abordent systématiquement le sujet de la sexualité du post-partum avec leurs patientes pendant la grossesse et/ou le post-partum.***

1. Jugez-vous nécessaire d'aborder le sujet de la sexualité avec les femmes pendant le post-partum ?
2. Quels sont, pour vous, les freins à aborder le sujet de la sexualité avec les patientes ?
3. Est-ce que le sujet de la sexualité est pour vous un sujet tabou ?
4. Évoquez-vous le sujet de la sexualité avec les femmes durant le post-partum ?
5. Est-ce un sujet difficile à aborder avec les patientes ?

### ***H2 : Les sages-femmes adaptent le moment où elles abordent le sujet de la sexualité du post-partum en fonction des demandes de leurs patientes.***

1. Jugez-vous que le moment choisi pour aborder la sexualité du post-partum est en phase avec la patiente ?
2. Selon vous, quel est le moment le plus opportun pour évoquer ce sujet ?

### ***H3 : Les sages-femmes adaptent les informations données à propos de la sexualité dans le post-partum en fonction des demandes de leurs patientes.***

1. A votre avis, quels types d'informations sont nécessaires pour les patientes à propos de la sexualité en post-partum ?
2. Quelles sont les interrogations et préoccupations des femmes concernant la sexualité en post-partum ?
3. Êtes-vous confrontée à des doléances/pathologies sexuelles chez les femmes ?
4. Êtes-vous confrontée à des femmes craignant de reprendre une sexualité en post-partum ?

### ***H4 : Les sages-femmes jugent leurs connaissances à propos de la sexualité du post-partum suffisamment satisfaisantes pour répondre aux demandes des patientes.***

1. Jugez-vous avoir des connaissances suffisamment complètes quant à la sexualité du post-partum ?
2. Vous sentez-vous capable de répondre aux demandes de vos patientes de manière satisfaisante ?
3. Vous arrive-t-il d'éviter le sujet ?
4. Vous arrive-t-il de ne pas savoir quoi répondre aux patientes lorsqu'elles sont en demande d'informations ou de recommandations ?



***H5 : Les sages-femmes ont besoin d'une formation complémentaire pour mieux aborder le sujet de la sexualité avec leurs patientes.***

1. Pensez-vous que la formation initiale est suffisante pour aborder le sujet ? Si non, est-ce pour vous un frein à aborder le sujet ?
2. Pensez-vous qu'une formation complémentaire vous aiderait à mieux répondre aux demandes et doléances de patientes ?
3. Pensez-vous qu'une formation complémentaire vous permettrait d'aborder le sujet de manière plus confiante avec une femme ou le couple ?
4. Est-ce qu'une formation complémentaire au sujet de la sexualité pourrait vous intéresser ?

***H6 : Les sages-femmes ont besoin d'une consultation uniquement dédiée à la thématique de la sexualité en post-partum.***

1. Si elle existait, pensez-vous qu'une consultation dédiée à la sexualité en post-partum serait pertinente ?
2. A quel moment devrait-elle être réalisée ?
3. Si vous deviez mener une consultation dédiée à ce sujet, quels éléments d'informations jugez-vous nécessaires à évoquer ?
4. Est-ce qu'en tant que sage-femme, vous réaliseriez cette consultation dans votre pratique professionnelle ?



## Accompagnement à la sexualité du post-partum par les sages-femmes

Étude qualitative des pratiques professionnelles de l'accompagnement à la sexualité de 12 sages-femmes hospitalières et libérales de Moselle de novembre 2021 à janvier 2022

### RESUME

**Introduction :** Le post-partum est une période particulièrement sensible, où la sexualité du couple peut être perturbée. De nombreuses peurs et interrogations existent, cependant les couples jugent insuffisantes les informations données par les professionnels de santé quant à la sexualité postnatale. L'accompagnement est donc primordial. La sage-femme, prenant en charge les femmes en post-partum, a toute sa place dans cette mission. La problématique de l'étude est « Comment les sages-femmes abordent-elles le sujet de la sexualité du post-partum avec les femmes ? ». L'objectif est de décrire les besoins, les limites et les freins des sages-femmes pour accompagner les femmes dans la reprise d'une sexualité postnatale.

**Méthode :** Une étude qualitative des pratiques professionnelles, par entretiens semi-directifs, a été réalisée auprès de 12 sages-femmes libérales et hospitalières prenant en charge les femmes en post-partum. L'étude s'étendait de novembre 2021 à janvier 2022.

**Résultat :** Les sages-femmes jugeaient nécessaire d'aborder systématiquement le sujet de la sexualité du post-partum avec les femmes, pour informer, répondre aux interrogations voire dépister des difficultés sexuelles. Plusieurs moments opportuns pour aborder le sujet ont été cités : la préparation à la naissance, le séjour à la maternité, la consultation postnatale ou encore la rééducation périnéale. Les informations délivrées étaient variées : absence de normes, envies, préliminaires, contraception, physiologie des suites de couches, sutures périnéales et douleurs. La formation initiale des sages-femmes était considérée comme insuffisante. Une formation complémentaire permettrait d'aborder de manière plus optimale le sujet. Les sages-femmes n'hésitaient pas à orienter les patientes vers un autre professionnel en cas de nécessité. Une consultation dédiée à la sexualité postnatale, réalisée en post-partum, semblait être pertinente, permettant d'aborder différentes notions avec le couple.

**Conclusion :** L'abord de la sexualité postnatale doit faire partie intégrante de la pratique des sages-femmes, afin de proposer un accompagnement à la sexualité, d'informer les femmes et de prévenir ou dépister d'éventuels troubles sexuels.

**MOTS CLES : ACCOMPAGNEMENT, SEXUALITE, POST-PARTUM, SAGE-FEMME**

### ABSTRACT :

**Introduction :** The postpartum period is a particularly sensitive time where a couple's sexuality can be disturbed. There are many fears and questions, but couples feel that the information given by health professionals about post-natal sexuality is insufficient. Support is therefore essential. The midwife, taking care of post-partum women, has a full place in this mission. The problematic of the study is "How do midwives approach the subject of postpartum sexuality with women?". The objective is to describe the needs, the limitations and the obstacles of midwives in supporting women in the resumption of postpartum sexuality.

**Methods :** A qualitative study of professional practices, using semi-structured interviews, was made with 12 liberal and hospital midwives caring for post-partum women. The study extended from November 2021 to January 2022.

**Results :** The midwives judge it was necessary to systematically discuss the subject of postpartum sexuality with women, to inform, answer questions and even detect sexual difficulties. Several opportune moments to address the subject were cited: preparation for birth, the stay in the maternity hospital, the post-natal consultation or even perineal rehabilitation. The information provided was varied: absence of recommendations, desires, foreplay, contraception, physiology of the post-natal period, perineal sutures and pain. The initial training of midwives was considered insufficient. Further training would allow a more optimal approach to the subject. Midwives did not hesitate to refer patients to another professional if necessary. A consultation dedicated to postnatal sexuality, realized in the postpartum period, seemed to be relevant, allowing different notions to be discussed with the couple.

**Conclusion :** The approach of postnatal sexuality should be an integral part of midwives' practice, in order to offer sexuality support, to inform women and to prevent or detect possible sexual disorders.

**KEY WORDS : ACCOMPANIMENT, SEXUALITY, POSTPARTUM, MIDWIFE**