



HAL
open science

État des lieux de l'accompagnement des primipares par les sages-femmes concernant la sexualité du postpartum lors de la visite post-natale : étude épidémiologique descriptive quantitative et qualitative transversale multicentrique menée à partir de questionnaires semi-directifs auprès de 91 primipares de cabinets libéraux de la région Moselle de janvier à mars 2021

Axelle Pichot

► **To cite this version:**

Axelle Pichot. État des lieux de l'accompagnement des primipares par les sages-femmes concernant la sexualité du postpartum lors de la visite post-natale : étude épidémiologique descriptive quantitative et qualitative transversale multicentrique menée à partir de questionnaires semi-directifs auprès de 91 primipares de cabinets libéraux de la région Moselle de janvier à mars 2021. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-04330629

HAL Id: hal-04330629

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04330629v1>

Submitted on 8 Dec 2023

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

État des lieux de l'accompagnement des primipares par
les sages-femmes concernant la sexualité du post-
partum lors de la visite post-natale

Étude épidémiologique descriptive quantitative et qualitative transversale
multicentrique menée à partir de questionnaires semi-directifs auprès de
91 primipares de cabinets libéraux de la région Moselle de Janvier à
Mars 2021

Mémoire présenté et soutenu par

Axelle PICHOT

Née le 12 avril 1997

Directeur de mémoire : Marie-Laure BOYE

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 - 2021

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

État des lieux de l'accompagnement des primipares par
les sages-femmes concernant la sexualité du post-
partum lors de la visite post-natale

Étude épidémiologique descriptive quantitative et qualitative transversale
multicentrique menée à partir de questionnaires semi-directifs auprès de
91 primipares de cabinets libéraux de la région Moselle de Janvier à
Mars 2021

Mémoire présenté et soutenu par

Axelle PICHOT

Née le 12 Avril 1997

Directeur de mémoire : Marie-Laure BOYE

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 - 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Madame BOYE Marie-Laure, Directeur de mémoire, pour son soutien, sa disponibilité et son investissement dans mon projet ainsi que pour son accompagnement, sa pédagogie, sa bienveillance et sa douceur tout au long de cette dernière année charnière de mes études de sage-femme.

Un grand merci à Laura GOUBET, pour son expertise, ses précieux conseils et ses qualités humaines, sans qui ce projet ne serait pas abouti, et qui est restée une réelle inspiration professionnelle au cours de mon cursus.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour ses enseignements et leur implication dans mon projet professionnel.

Je tiens également à remercier tous les professionnels de santé m'ayant encadrée durant mes stages professionnels et qui ont fait de moi une future sage-femme de vocation, avec une mention particulière pour les sages-femmes libérales ayant accepté de participer à l'étude.

Merci à mon frère pour ses conseils, son soutien et ses compétences investies dans ce mémoire.

Merci à ma mère, pour son soutien sans faille depuis toujours qui m'a portée jusqu'ici, qui m'a permis de réaliser mes rêves et appris à faire un métier qui me passionne.

Merci à mes amies, pour les mémorables souvenirs créés durant ces quatre années d'études difficiles.

Enfin, merci aux jeunes mamans d'avoir accepté de participer à l'étude.

ABREVIATION :

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RP : Rééducation Périnéale

TDS : Troubles du Désir Sexuel

RPM : Rupture prématurée des membranes

MAP : Menace d'accouchement prématuré

PE : Prééclampsie

RS : Rapports Sexuels

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
ABREVIATION :	5
AVANT-PROPOS	8
INTRODUCTION	9
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE	11
1. SEXOLOGIE : ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA SEXUALITE FEMININE	11
1.1. ANATOMIE FONCTIONNELLE DES ORGANES SEXUELS CHEZ LA FEMME	11
1.2. PHYSIOLOGIE DE LA REPOSE SEXUELLE ET ACTIVITE SEXUELLE DITE NORMALE	13
2. SEXUALITE ET GROSSESSE	17
2.1. MODIFICATIONS DU DESIR SEXUEL PENDANT LA GROSSESSE.....	17
2.2. MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES	17
3. LA PERIODE DU POST-PARTUM	19
3.1. MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES	19
3.2. TROUBLES SEXUELS.....	20
3.3. ENVIRONNEMENT ET SOCIETE	22
4. LA CONSULTATION POST-NATALE, ASPECT LEGISLATIF`	22
PARTIE 2 : DEMARCHE DE RECHERCHE	24
1. PROBLEMATIQUE	24
2. BENEFICES ATTENDUS	24
3. OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES	24
3.1. OBJECTIF PRINCIPAL	24
3.2. OBJECTIFS SECONDAIRES	24
4. HYPOTHESES	24
5. MATERIEL ET METHODES	24
5.1. TYPE D'ETUDE	24
5.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE	25
5.3. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE	25
5.4. RECUEIL DE DONNES.....	26
5.5. GESTION ET RECUEIL DE DONNEES	26

5.6. QUESTIONNAIRES	26
6. RESULTATS	27
6.1. ECHANTILLON	27
6.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	27
6.3. DESCRIPTION DU DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT	28
6.4. DESCRIPTION DE LA SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE ET EN POST-PARTUM.....	32
6.5. ÉVALUATION DES BESOINS ET ATTENTES DES FEMMES QUANT A LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE DU POST-PARTUM	37
6.6. DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE DU POST-PARTUM	41
7. DISCUSSION	48
7.1. LIIMITES ET BIAIS	48
7.2. RETOUR D'EXPERIENCE DE RECHERCHE.....	48
8. CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES.....	59
ANNEXE I : FIGURE 1	60
.....	60
ANNEXE II : FIGURE 2	61
ANNEXE III : FIGURE 3	62
ANNEXE IV : FIGURE 4	63
ANNEXE V : FIGURE 5	64
ANNEXE VI : FIGURE 6	65
ANNEXE VII : QUESTIONNAIRE.....	65
QUESTIONNAIRE :.....	66
SEXUALITE DU POST-PARTUM	66
RESUME.....	3
ABSTRACT :	3

AVANT-PROPOS

La dernière année d'études en Maïeutique se conclue par la réalisation d'un mémoire, l'aboutissement de quatre années d'apprentissage et d'expériences sur différents terrains de stage qui ont permis d'affirmer ma vocation pour la profession de sage-femme dont les multiples formes d'exercice des compétences se réunissent autour d'une base universelle : l'accompagnement des femmes. La construction de mon identité en tant que future professionnelle de santé, de sage-femme et de femme a également soulevé beaucoup de questionnements étant confrontée aux difficultés des femmes et de l'équipe soignante. C'est alors en stage en maternité avec une sage-femme sexologue que j'ai été marquée par la détresse et la vulnérabilité des primipares qui débordaient d'interrogations et d'inquiétudes sur le devenir de leur sexualité après un premier accouchement, une fois le sujet abordé initialement par la sage-femme. Dans une enquête récente, Laura GOUBET, Sage-femme Sexologue, a mis en évidence que lors des trois premiers jours d'hospitalisation en post-partum, de nombreuses peurs et interrogations quant à la sexualité sont exprimées par les femmes, dont la moitié souhaitaient des informations en suites de couches et l'autre moitié souhaitaient des informations ultérieurement à distance de l'accouchement, par les sages-femmes libérales. [32] C'est pourquoi j'ai décidé de dédier mon mémoire sur le thème de la sexualité du post-partum afin de comprendre les réels besoins et attentes des femmes, ainsi que l'accompagnement des sages-femmes qui en découle afin d'améliorer la prise en charge de la période du post-partum.

INTRODUCTION

De nos jours, la sexualité de la femme n'a plus seulement fonction de procréation mais fait partie intégrante de la vie des femmes et de leur épanouissement. En effet, de plus en plus médiatisée, la sexualité de la femme - ainsi que son hypersexualisation - devient un sujet d'actualité, omniprésent dans notre quotidien. C'est dans les années 1950 et 1960 que le mouvement de « libération/révolution sexuelle » est apparu, marqué par l'émancipation progressive des femmes et l'égalité des sexes par la légalisation de la contraception et de l'avortement à travers la reconnaissance des sexualités non procréatrices. On associe désormais le plaisir sexuel à la sexualité donnant alors naissance à la sexualité érotique, se définissant par la capacité ou aptitude à vivre et moduler le plaisir sexuel, à désirer, imaginer et jouir. Ce mouvement a permis d'affranchir la sexualité de sa liaison avec la grossesse et de favoriser une libération des mœurs ainsi qu'un changement dans le statut et les rôles sociaux des femmes. Cependant, maternité et sexualité non procréatrice ont longtemps été dissociées voire tabou. Or, aborder la sexualité pendant la grossesse et en post-partum représenterait un réel besoin exprimé par les femmes, encore peu abordé dans la prise en charge par les professionnels de santé.

D'après l'OMS, en 2002, « la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. » [1] Ainsi, une sexualité « normale » fait partie de la « bonne santé » de tout individu. Bien qu'il reste difficile de définir une pratique sexuelle normale – car la composante individuelle, psychologique et sociétale, influence le développement de la sexualité – un trouble concernant la sexualité peut entraîner des souffrances psychologiques parfois importantes. L'écoute et la prise en charge diagnostique et thérapeutique des dysfonctions sexuelles font partie intégrante de la pratique médicale. En outre, le soulagement de la souffrance et la restauration d'une sexualité, au moins satisfaisante du point de vue de l'individu, sont les principaux objectifs à atteindre.

La période très particulière du post-partum et l'arrivée d'un premier enfant constitue un moment de grande vulnérabilité et de bouleversements majeurs dans la vie intime d'un couple. Cette situation représente pour la femme des modifications sur tous les plans : physique, psychologique, hormonal, relationnel et émotionnel. [2] La visite post-natale, moment privilégié consacré à la femme sur les suites de l'accouchement, la contraception et la rééducation périnéale (RP), demeure insuffisamment développée concernant la reprise de la sexualité. En effet, selon une étude récente, 60% des femmes n'auraient pas reçu d'information concernant la sexualité en post-partum, dont 62% d'entre elles affirment qu'elles auraient aimé en recevoir de la part d'un professionnel de santé [3].

La visite post natale est définie comme un temps d'échanges permettant à la patiente de poser toutes les questions concernant sa santé et celle de son enfant. Selon la législation, les sages-femmes peuvent effectuer la visite post-natale et aborder notamment la santé sexuelle de la patiente. Elle peut ainsi prescrire les séances de rééducation périnéale, la contraception de façon adaptée aux

besoins et attentes de la patiente et/ou du couple, et recueillir des informations sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels et les éventuelles difficultés rencontrées. [4,5,6]

Quels sont les besoins et les attentes des primipares concernant l'accompagnement par les sages-femmes sur la sexualité du post-partum lors de la visite post-natale ? Par cette étude, je souhaite mettre en exergue les conséquences d'un premier accouchement sur la sexualité du post-partum et les questions des femmes qu'elles soulèvent. Enfin, nous voulons démontrer en quoi le rôle de la sage-femme est important dans la prévention et la prise en charge des difficultés concernant la sexualité du post-partum.

Dans une première partie nous présenterons les principales notions en sexologie afin de comprendre la physiologie de la sexualité féminine. Ensuite, nous décrirons les modifications de la grossesse liées à la sexualité puis nous approfondirons sur la période du post-partum et les bouleversements qu'elle implique chez la femme afin d'appréhender son retentissement sur la sexualité. Enfin, nous nous pencherons sur le contenu de la visite post-natale et en quoi elle représente un moment crucial dans l'accompagnement des primipares par les sages-femmes. Dans une deuxième partie, nous présenterons notre méthodologie et résultats d'enquête, sur la sexualité des femmes jusqu'à 8 semaines du post-partum, réalisée auprès de patientes suivies par des sages-femmes libérale en Moselle.

Enfin, dans une dernière partie, après une analyse-discussion de nos résultats, nous dégagerons des axes d'amélioration de nos pratiques professionnelles.

PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE

1. SEXOLOGIE : ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA SEXUALITE FEMININE

1.1. ANATOMIE FONCTIONNELLE DES ORGANES SEXUELS CHEZ LA FEMME

1.1.1. Le sein

Le sein a un rôle fonctionnel et nourricier mais possède également un rôle érotique et sexuel car c'est une zone érogène importante. C'est l'organe de la féminité et il tient une place essentielle dans la sexualité des femmes mais aussi dans celle des hommes. Lors de l'excitation sexuelle, le sein s'érige sous l'effet de la congestion vasculaire et de la contraction des fibres musculaires, le volume mammaire augmente, le mamelon se durcit et devient très sensible. Des études ont montré que la stimulation des mamelons pouvait activer les zones sensibles du cortex cérébral du clitoris et du vagin. [7,8,9]

1.1.2. La vulve

La vulve comporte le mont de Vénus, le clitoris (Annexe I : Figure 1), les grandes et petites lèvres et le canal vulvaire. L'unité neurovasculaire antérieure correspond globalement à ce qu'on appelait communément à tort le « point G » ou point de Gräfenberg. Il s'agit de la zone de jonction des corps caverneux du clitoris, richement vascularisée et innervée. Plus précisément, cette unité neurovasculaire est nommée « complexe clitoro-urétral-vaginal » ou plexus de Kobelt. [7] Il s'agit de la zone unissant les bulbes vestibulaires et le corps caverneux par l'intermédiaire de veines bulbaires et clitoridiennes formant un important réseau anastomotique d'artères, veines et nerfs situé juste au-dessus du méat urétral au niveau du coude du clitoris [8,9,10]. Ainsi le vagin - surtout sur sa paroi antérieure - possède des zones dont la stimulation tactile du plexus est érogène et peut conduire à l'orgasme. Il s'agirait probablement d'une zone de contact avec la partie interne du clitoris qui entoure le vagin ainsi la stimulation de cette zone provient de la stimulation simultanée de la paroi antérieure du vagin, et du clitoris de façon indirecte [8,9,10].

Lors de l'excitation provoquant un afflux sanguin vulvaire, la vulve gonfle et se colore, la zone du gland clitoridien se gorge de sang et tout le vestibule se gonfle agrandissant le conduit vaginal. Les glandes de Bartholin ou glandes vestibulaires majeures, au nombre de deux, se situent de chaque côté de l'ouverture du vagin et permettent l'excrétion d'un mucus – communément appelée cyprine-participant à la lubrification de l'orifice vaginal notamment lors de l'excitation sexuelle afin de faciliter la pénétration vaginale [7]. Le lubrifiant vaginal naturel est à distinguer du liquide éjaculatoire très liquide qui lui est sécrété par les glandes para-urétrales [8,9,10]. Les glandes vestibulaires mineures sont des glandes sébacées et sudoripares sécrétant le smegma préputial (Annexe II : Figure 2)[9].

Le clitoris est un organe exclusivement féminin dédié uniquement au plaisir. Il s'agit d'un organe bulbo-clitoridien érectile très sensible dont les parties visibles à la vulve sont le corps et le gland [7,10]. Ce dernier est la réunion des deux piliers, formant les corps caverneux. Ses piliers, dans sa partie interne, entourent le vagin. Ils permettent la formation du tissu érectile. Les bulbes vestibulaires sont recouverts par les muscles bulbo-spongieux qui participent à l'érection du clitoris en chassant le sang vers celui-ci par ses contractions. A l'image du pénis masculin, le clitoris, dont les

corps caverneux se gorgent de sang, joue un rôle d'excitation sexuelle chez la femme par stimulation directe ou indirecte, capable de provoquer l'orgasme, la lubrification du vagin et l'afflux sanguin vulvaire. Le gland formé par la réunion des deux piliers correspond au corps caverneux. Lorsque le clitoris est stimulé, les terminaisons nerveuses communiquent les informations au cerveau, le système nerveux parasympathique activé entraîne la dilatation des vaisseaux sanguins du clitoris, et le tissu érectile du clitoris se gorge de sang. [11]

Cet organe est la principale zone à l'origine du plaisir sexuel et de l'orgasme, notamment au niveau du gland (stimulation directe) qui est la zone érogène primaire. Il comprend entre 8000 et 10 000 capteurs sensoriels, c'est-à-dire environ quatre fois plus que le gland de l'homme. [8-11]

1.1.3. Le vagin

Le vagin, qui forme un conduit musculo-membraneux, fait partie des organes génitaux internes, faisant lien entre la vulve et l'utérus. Il a donc fonction de reproduction en acheminant les spermatozoïdes vers l'utérus mais également fonction de plaisir sexuel. [7] Il est tapissé d'une muqueuse riche en vaisseaux sanguins mais contient peu de terminaisons nerveuses. Comme décrit précédemment, la stimulation de la paroi antérieure du vagin permet un contact indirect avec le clitoris.

Au cours de l'activité sexuelle et sous l'effet de l'excitation, le vagin produit des sécrétions facilitant la pénétration, c'est la lubrification vaginale - qui correspond à un transsudat vasculaire et non une sécrétion glandulaire. [10,12] Ce phénomène est dépendant de l'imprégnation oestrogénique. Les sécrétions des glandes vestibulaires majeures et, dans une moindre mesure, du col utérin, participent à la lubrification vaginale. [12]

La montée de l'excitation sexuelle provoque également la ballonnisation du vagin qui est un agrandissement de son tiers supérieur. Lors de l'orgasme, le vagin, les muscles du bassin ainsi que l'utérus subissent une série de contractions musculaires involontaires et rythmées.[7]

Le vagin participe activement à l'orgasme car même si l'origine de ce dernier est clitoridienne, la pénétration vaginale permet de stimuler indirectement le clitoris via ses piliers, et les contractions vaginales potentialisent le contact et donc la sensation orgasmique. [10-13]

1.1.4. L'utérus

L'utérus est l'organe de la reproduction, ayant pour rôle principal l'accueil et le développement d'un fœtus. Il ne joue pas vraiment un rôle prépondérant dans le plaisir sexuel, mis à part concernant le col de l'utérus qui contient des terminaisons nerveuses pouvant provoquer du plaisir par contact. Toutefois, il double de volume lors de la montée de l'excitation sexuelle, et se contracte lors de l'orgasme. [7]

1.1.5. Le plancher pelvien

Le plancher – ou diaphragme- pelvien est constitué des muscles élévateurs de l'anus et des muscles coccygiens. Les muscles élévateurs de l'anus sont impliqués dans la sexualité [7,14], ils subissent une contraction involontaire lors de l'orgasme ce qui potentialise le ressenti et le plaisir sexuel. Les muscles ischio-caverneux abaissent le clitoris ce qui augmente le contact avec le pénis ou

tiers pénétratif et comprime les corps caverneux (pilliers) chassant le sang vers le gland du clitoris. Les muscles bulbo-spongieux entretiennent l'érection du clitoris. La contraction des muscles striés périnéaux - en particulier les releveurs- est commandée notamment par le nerf pudendal. Ce dernier est responsable de la sensibilité génitale.[14]

Le vaginisme serait ainsi causé par sa contraction réflexe et involontaire. Ainsi le renforcement et travail conscient du périnée permet entre autres de renforcer le plaisir sexuel et d'atténuer certaines dysfonctions sexuelles comme le vaginisme.[7]

1.2. PHYSIOLOGIE DE LA REPONSE SEXUELLE ET ACTIVITE SEXUELLE DITE NORMALE

1.2.1. Désir sexuel

Le désir sexuel, appelé aussi la libido, est une pulsion psychobiologique alimentée par des sensations exogènes et endogènes. Ainsi, la quête du plaisir, par la recherche de l'accession à l'objet de plaisir, procure à l'individu l'envie d'avoir une relation sexuelle avec quelqu'un ou avec soi-même (activité auto-érotique). [7,15] Il s'agit d'une anticipation mentale positive d'un rapprochement sexuel. Le désir sexuel féminin est plus indirect que celui de l'homme car il se nourrit de la relation des émotions et de la tendresse, qui relève du désir d'être désirée par l'autre. Il précède et/ou s'accompagne de l'excitation sexuelle. On retrouve ainsi deux dimensions principales : l'une est animale poursuivant l'objectif de la procréation et l'autre est plus subjective liée à la satisfaction émotionnelle et cognitive des plaisirs sexuels impliquant les cinq sens.[15]

Le désir sexuel est influencé par de multiples et divers facteurs que l'on peut catégoriser en une composante biologique, neuroendocrinienne et une composante psychoaffective, environnementale et propre à chaque individu. Avoir une relation sexuelle nécessite donc qu'un certain nombre de conditions soient réunies, tout d'abord le désir de l'un (puis l'autre y répond) ou des deux, et des conditions d'environnement et des modifications corporelles liées à l'excitation. [16]

C'est un phénomène essentiellement mental avec une grande variabilité interpersonnelle. [16]

Le désir sexuel spontané, amoureux, est lié à des stimulations intrinsèques affectives, fantasmatiques et cognitives et de désir réactif ou provoqué en réponse à une stimulation physique, les deux pouvant se lier. Ces situations de désir entraînent l'activation de certaines régions cérébrales. En effet, les voies nerveuses de l'excitation sexuelle font intervenir les systèmes sympathique et parasympathique et les motoneurones commandant les contractions de la musculature striée pelvi-périnéale. La sensibilité génitale est principalement véhiculée par le nerf pudendal [16].

Chez la femme, l'excitation donne lieu à un afflux de sang au niveau du vagin et de la vulve responsable de la lubrification vaginale et de l'érection du clitoris et d'une hyperhémie vulvaire [16]. L'orgasme est accompagné de contractions musculaires striées périnéales. Plusieurs neuromédiateurs sont impliqués dans la régulation du désir sexuel : dopamine, ocytocine, sérotonine.

1.2.2. L'excitation sexuelle

L'excitation sexuelle, à distinguer du désir sexuel, correspond à la seconde phase de la réponse sexuelle [7,14]. Il s'agit d'une sensation subjective du plaisir sexuel associée à des modifications physiologiques comme la vasocongestion, lubrification vaginale et gonflement des organes génitaux externes. Elle met donc en jeu une réponse sexuelle neurophysiologique.[15]

1.2.3. Activité sexuelle « normale » et réponse sexuelle

L'activité sexuelle est divisée en cinq phases selon Kaplan [8,12] (Annexe III : Figure 3) :

- La phase du désir, qui se caractérise par des idées érotiques et le souhait d'avoir des rapports sexuels. Elle reste difficile à définir dans sa durée et dans sa phénoménologie. C'est une phase commandée par le cerveau où le désir est androgéno-dépendant, c'est une phase de préparation à l'acte sexuel.
- La phase d'excitation, se traduisant par une augmentation de la vascularisation vaginale et de la vulve entraînant la lubrification vaginale et l'érection du clitoris. Cette phase résulte de stimulations cérébrales et/ou physique périphériques notamment vulvo-périnéales.
- La phase de plateau, qui consiste en la réalisation du coït ou la poursuite de la stimulation. Les phénomènes de la phase d'excitation y restent stables, au maximum de leur développement.
- La phase d'orgasme qui est une sensation de plaisir intense. L'orgasme s'atteint par stimulation externe et/ou interne (pénétration vaginale) du clitoris. Il est accompagné de contractions de la musculature striée périnéales au rythme de 0,8/seconde ainsi que de signes généraux tels que tension musculaire, polypnée, tachycardie et augmentation de la pression artérielle.
- La phase de résolution présente une diminution rapide des phénomènes de la phase d'excitation accompagnée par un relâchement physique et émotionnel.

Dans les années 2000, Rosemary Basson a proposé un autre schéma de la réponse sexuelle féminine (Annexe IV : figure 4), de façon circulaire et non linéaire prenant en compte les multiples interactions neurohormonales et notamment la motivation sexuelle. Selon ses travaux, un stimulus sexuel (sensoriel ou fantasmatique) entraîne la réponse génitale par l'activation du système nerveux autonome puis l'évaluation consciente des émotions et cognitions donne une sensation subjective de l'excitation sexuelle. Cette excitation stimule ensuite directement le désir entraînant une satisfaction physique et émotionnelle. L'émotion sexuelle encourage la motivation sexuelle et le désir sexuel spontané ainsi que la réceptivité. Elle intègre notamment le désir, à distinguer de l'excitation sexuelle, qui peut être présent ou non initialement. C'est à dire qu'il est possible d'avoir réponse génitale, une excitation (lubrification vaginale, érection du clitoris...) sans ressentir cette excitation [8,12].

1.2.4. Réponse sexuelle et contrôle cérébrale

Au niveau neurophysiologique, le système limbique, appelé autrefois cerveau émotionnel (corps calleux, amygdale, hippocampe) et l'hypothalamus jouent un rôle primordial dans l'initiation et

le déroulement des comportements sexuels. Ils initient la cascade des hormones et neurotransmetteurs entraînant la réponse sexuelle par des réactions somatiques, génitales et les comportements adaptés dans les interactions sexuelles. Ce système module la perception du désir et de l'excitation par la mémoire, les émotions, l'apprentissage et l'olfaction. « La sexualité n'est pas innée, c'est un apprentissage ».[8]

Le système nerveux autonome (sympathique et parasympathique) contrôle la vascularisation pelvi-périnéale, le tonus de la musculature lisse, et le nerf pudendal commande la contraction des muscles striés périnéaux. Il y a tout d'abord l'activation du parasympathique après stimulation visuelle, mentale et/ou physique, permettant une augmentation de l'afflux sanguin vers la région génitale et le tissu érectile clitoridien. Au fur et à mesure que l'excitation sexuelle monte, le système sympathique prend le dessus, entraînant l'augmentation du débit et de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et une augmentation de la vascularisation artérielle des muscles lisses génitaux potentialisant la phase d'excitation sexuelle. Au niveau cutané, la sensibilité est décuplée.

La dopamine – neuromédiateur central- représente également un rôle majeur dans la motivation sexuelle car elle facilite la réponse sexuelle féminine, et est impliquée dans l'olfaction, la mémoire, les émotions et intervient dans le système de récompense et la quête du plaisir. Elle donne ainsi l'envie de réitérer des relations sexuelles. La dopamine peut être inhibée avec la dépression, la fatigue, la sécrétion de cortisol, d'endorphines de sérotonine et de prolactine, les variations de rythme de vie, la carence en tyrosine. Elle est stimulée par l'œstradiol, la testostérone et la noradrénaline. Ainsi, une baisse du taux de dopamine peut entraîner une baisse de la libido. Cela expliquerait les dysfonctions sexuelles après la ménopause [7].

D'autres neuromédiateurs périphériques sont essentiels dans la réponse vasculaire périnéale et le tonus de la musculature lisse du vagin tels que l'acétylcholine, la noradrénaline et le vasoactive intestinal peptide, ce dernier jouant un rôle dans la régulation du flux sanguin génital. (Annexe V : Figure 5)

1.2.5. Voies du plaisir sexuel

Le circuit du plaisir féminin s'initie par une stimulation physique (extérorécepteurs qui vont conduire l'information de la sensation au niveau du cerveau) et/ou psychique émotionnelle, fantasmatique activant le système parasympathique entraînant la libération d'acétylcholine, de monoxyde d'azote et du vaso-intestinal peptide qui vont ainsi induire une vasodilatation du clitoris, une lubrification vaginale, une congestion vulvaire (Annexe VI : Figure 6) [8,9].

L'atteinte de l'orgasme déclenche une libération de dopamine, de sérotonine, de mélatonine et aussi d'ocytocine. Des contractions rythmiques se produisent au niveau du périnée et du vagin à intervalle réguliers de 0,8s. L'orgasme dure entre 2 et 4 secondes et n'est pas systématique lors de rapports sexuels pénétratifs. [17]

Il est à retenir que le plaisir sexuel ne s'acquiert pas seulement par les rapports pénétratifs, il s'agit d'une jouissance sexuelle pouvant s'obtenir par des caresses, la pénétration, les baisers...

L'épanouissement sexuel se définit par la prise de contrôle positive sur son corps, son vécu physique, la liberté au regard de ce que chacun souhaite pour lui/elle en termes de pratiques sexuelles. C'est le fait de vivre sa sexualité en accord, en harmonie avec soi-même. Cela souligne qu'une absence de sexualité, si vécue de manière épanouie, fait partie de l'épanouissement sexuel.[7]

1.2.6. Amour et désir

Les variations d'intensité de désir sexuel sont un facteur relationnel important dans le couple, il existe des similitudes biochimiques et neuroendocriniennes entre le désir et l'amour, mises en évidence par l'imagerie fonctionnelle cérébrale. En effet, une méta analyse des résultats d'IRM fonctionnelle montrent que le désir sexuel et l'amour activent un réseau de voies nerveuses spécifiques et similaires. [14]

Toutes ces régions communes participent à la perception des émotions, de la motivation, de l'intégration des sensibilités viscérales et somatiques, des comportements sociaux des sentiments et des attitudes en miroir. La passion amoureuse reste toutefois une composante importante du désir, car elle bouleverse le fonctionnement cérébral au niveau des sensations, des émotions et de la cognition.

1.2.7. Société et environnement

Comme indiqué précédemment, le désir sexuel est soumis à de grandes variabilités interindividuelles. La construction de la sexualité d'un individu est fonction de son environnement [18]. L'identité sexuelle se construit progressivement selon le développement global et affectif avec un modèle parental très présent. L'individu reproduit ce qu'il voit puis ce seront ses propres expériences qui influenceront le devenir de sa sexualité. On parle de construction car l'identité sexuelle ne résulte pas seulement d'influences innées ou acquises mais de plusieurs facteurs se liant tout au long du développement.

Ainsi, selon un modèle conservateur, religieux ou dans le cadre d'études/profession, la construction de la sexualité ne se fera pas de la même façon. Il n'y a pas de normes. L'éducation sexuelle s'élabore à partir du modèle parental, du cadre religieux, de l'éducation reçue et de la résolution du complexe d'Œdipe [40]. D'autres événements participent à cette élaboration comme la scolarisation, les rencontres, le rapport à l'autre, la découverte de soi, les expériences personnelles, les éventuels traumatismes, le développement de l'imaginaire érotique ou la pornographie de plus en plus influente ces dernières décennies. La montée en puissance des réseaux sociaux entraîne l'isolement des individus, un rapport à l'autre plus virtuel et une banalisation de la surconsommation sexuelle. La libération ou l'émancipation sexuelle des femmes à la fin du 20^{ème} siècle a permis l'affirmation du plaisir sexuel féminin, l'accès à la pilule contraceptive et à l'avortement. Elles ont ainsi plus conscience de leur désir et prennent contrôle de leur sexualité, désormais plus seulement phallogénée. C'est la fin de l'unique sexualité hétéronormée et monopartenaire[19,20]. Différents profils sexuels apparaissent en fonction de l'environnement familial, sociétal, du tempérament de chacun, de la génétique, des mécanismes d'attachement, et du système limbique.

La relation entre la religion et la sexualité a toujours été délicate, la première ayant des difficultés à affirmer le caractère érotique naturel de l'autre. De manière générale, les religions monothéistes ont

plusieurs principes en commun : croyance et foi en l'existence d'une transcendance unique et toute puissante, une sexualité exclusivement à but procréatif dans le cadre du mariage hétérosexuel avec deux interdits qui sont l'acte non procréatif et l'inceste.

2. SEXUALITE ET GROSSESSE

Dans notre société actuelle, la sexualité dévie progressivement de son rôle reproducteur et intègre le plaisir sexuel. En effet, depuis la libération sexuelle de la femme, la sexualité et la santé sexuelle sont une composante de la santé globale. C'est un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie.

2.1. MODIFICATIONS DU DESIR SEXUEL PENDANT LA GROSSESSE

Au cours de la grossesse, il est observé une baisse du désir sexuel chez environ 58% des femmes, accompagnée d'une baisse de la fréquence des rapports et de l'intérêt charnel importante au troisième trimestre, ainsi que la baisse du plaisir sexuel. [21]

Selon une étude réalisée sur 170 cas en 2019, 60% des gestantes ont rapporté une diminution de la fréquence des rapports sexuels pendant la grossesse, une baisse du désir pour 48% d'entre elles et une baisse chez 53% des femmes de la satisfaction sexuelle. Des douleurs coïtales ou post-coïtales augmentées ont été notifiées par 44% d'entre elles. [3]

2.2. MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES

La grossesse induit des modifications corporelles (prise de poids, baisse de tonicité périnéale), psychologiques (image de soi, focalisation sur la grossesse, regard du conjoint), physiologiques (fatigue, nausées) et hormonales (baisse de la libido, ambivalence hormonale) importantes qui peuvent impacter sur la sexualité. L'hypophyse, qui est le chef d'orchestre dans la production d'hormones, passe de 0,4g à 0,8g. Parmi les modifications hormonales intervenant dans le désir sexuel, l'augmentation de la testostérone, de l'ocytocine et de la prolactine, inhibent la sécrétion de dopamine et donc le désir. [22]

Au cours du premier trimestre de grossesse, les femmes décrivent le plus souvent une baisse de la libido causée par les symptômes très prononcés de la grossesse comme l'asthénie, les nausées persistantes et la tension mammaire. Au niveau psychologique, la femme se focalise sur l'enfant en devenir, elle l'imagine, s'approprie un nouveau rôle, celui de mère, réorganise la construction familiale. Elle est également soumise au stress et aux angoisses concernant la bonne poursuite de la grossesse. D'un point de vue médical, les rapports sexuels ne sont pas contre-indiqués en début de grossesse.[22]

Au deuxième trimestre de grossesse, le désir et la réponse sexuelle peuvent se voir augmentés par l'imprégnation oestrogénique et la baisse des symptômes du premier trimestre. Certaines femmes décrivent même un épanouissement sexuel. La lubrification vaginale est d'autant plus prononcée que l'imprégnation oestrogénique est forte. Une certaine sécurité quant à la poursuite de la grossesse s'est installée, la femme a moins de craintes et peut se laisser aller aux rêves érotiques.

Le troisième trimestre est toutefois marqué par une baisse importante du désir et de la fréquence des rapports sexuels, pouvant s'expliquer par les fluctuations hormonales, les modifications corporelles, l'image du corps, la présence d'un « tiers » dans le couple interagissant lors des jeux sexuels ou bien la peur de « faire mal au bébé ». [21,22] L'appréhension de l'accouchement et l'organisation matérielle autour de la périnatalité occupent l'esprit de la future mère. La transformation identitaire qui se produit peut induire des changements de comportement et placer la sexualité en second plan de façon naturelle.

Les rapports sexuels ne sont pas contre-indiqués pendant toute la grossesse, excepté dans un contexte de pathologies rares comme le placenta prævia, une menace d'accouchement prématuré ou encore une rupture prématurée des membranes. [2]

La place du conjoint est capitale et déterminante dans la sexualité en général et pendant la grossesse. Les futurs pères doivent être pleinement considérés dans l'accompagnement à la sexualité. En effet, ils vivent aussi le bouleversement de la grossesse dont ils peuvent se sentir écartés. Le regard et le désir de l'homme peuvent changer au cours de la grossesse. Le désir peut être décuplé, inchangé, ou diminué. L'homme assiste aux changements physiques et psychologiques chez sa femme et peut voir en elle une image maternelle trop présente, nuisant au désir sexuel. La femme, selon le partenaire, est alors considérée exclusivement en tant que mère, ou mère en devenir, et non plus comme femme. Il n'y a que très peu d'études documentant l'avis du conjoint sur la sexualité pendant la grossesse et en post-partum.

Ainsi, le désir sexuel peut être très fluctuant lors de la grossesse, médié par les variations hormonales et le bouleversement physique et psychologique que la grossesse engendre. Certaines idées reçues sont également encore trop présentes, comme l'idée généralisée que les rapports sexuels pendant la grossesse peuvent entraîner un risque de fausse couche, ou un risque pour le fœtus. [23] Cela indique qu'il y aurait un manque d'information médicale ou bien une information erronée auprès des couples. [24]

Il reste néanmoins nécessaire de garder à l'esprit que la libido pendant et après la grossesse est liée au désir sexuel du couple, antérieur à la grossesse. La libido est différente pour chaque individu donc difficilement comparable. Il n'y a pas de norme définie dans la sexualité.

Selon une étude réalisée auprès de 1051 couples, il a été démontré que plus la fréquence des rapports sexuels était élevée en dehors de la grossesse, moins les couples ont tendance à restreindre la consommation sexuelle pendant la grossesse. [2]

La littérature montre que seule une minorité de professionnels de santé abordent la sexualité pendant la grossesse avec la gestante et/ou le couple. En effet, 62% à 91% des sages-femmes n'abordent pas systématiquement le sujet de la sexualité en consultation de suivi de grossesse, hormis quand certaines situations l'exigent : menace d'accouchement prématuré, placenta prævia ou trouble sexuel connu. Les professionnels disent attendre l'initiative de la patiente. Environ 35 à 77% des femmes n'ont pas abordé la sexualité auprès d'un professionnel de santé au cours de la

grossesse ou n'ont pas reçu d'informations sur la sexualité. Néanmoins, les résultats ont démontré que 47 à 53% d'entre elles auraient aimé que la sexualité soit abordée. [2, 25]

3. LA PERIODE DU POST-PARTUM

Le post-partum désigne la période après la naissance qui s'étend de l'accouchement jusqu'au retour de couches, ce qui correspond aux menstruations et au retour du cycle menstruel après la grossesse vers 6 à 8 semaines après la naissance. [22] Cette période est marquée par de nouveaux bouleversements physiques, une chute hormonale brutale à la naissance et des remaniements psychiques et relationnels plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'un premier enfant. [23]

C'est une période de grande vulnérabilité et fragilité pour la femme. Il s'agit de la découverte d'un nouveau rôle : la maternité, où s'établit le lien mère-enfant avec focalisation sur ce dernier. La reprise des activités sexuelles et la réappropriation du corps peuvent mettre du temps. Ce moment charnière peut avoir des conséquences à long terme sur la sexualité de la femme et du couple. [25]

L'étude de K.von Sydow montre que seulement 14% des femmes déclarent ne pas avoir eu de difficultés sexuelles après l'accouchement. Elle met également en évidence que 40 à 69% des femmes redoutent la reprise de la sexualité en post-partum. Environ 47% des multipares ont repris les rapports sexuels plus tôt que pour leurs précédents accouchements. [29]

3.1. MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES

Tout d'abord, l'utérus diminue rapidement de taille grâce au taux d'ocytocine et la lactation. Il reprend sa taille d'origine en 45 jours environ. Le col se referme vers le 20^{ème} jour du post-partum. Puis, on observe la régénération de la muqueuse endométriale entre le 25^{ème} et 45^{ème} jour par la stimulation oestrogénique pour une reprise du cycle menstruel vers 8 semaines. Les lochies, pouvant constituer un frein à la reprise de la sexualité, disparaissent autour du 20^{ème} jour. Ainsi, les femmes peuvent ressentir une pesanteur pelvienne importante en post-partum, par la fragilisation du périnée, la taille de l'utérus et la béance cervicale passagère. [22, 7]

Le sein, alors considéré comme objet érotique prend une autre fonction, il est nourricier. La libération de prolactine à l'accouchement et la libération d'ocytocine par stimulation induit la lactation et la montée de lait pouvant devenir douloureuse. Aussi, se pose la question de la disponibilité du corps de la femme, alors dédié notamment à nourrir l'enfant, soumis à la fréquence des tétées. L'enfant allaité peut être considéré comme tiers interférant dans la vie intime du couple et le sein lactant peut constituer une préoccupation liée à la sexualité en post-partum.

L'épithélium du vagin s'atrophie mais il retrouve sa tonicité sous l'influence des oestrogènes. Les déchirures et traumatismes de l'accouchement pouvant instaurer chez les femmes une appréhension de la douleur lors des rapports pénétratifs, cicatrisent spontanément et rapidement. Le plancher pelvien et notamment les releveurs reprennent leur tonus en 6 à 8 semaines. Une crise hémorroïdaire est possible, favorisée par la constipation et la stase veineuse ainsi que les efforts expulsifs prolongés.

La chute hormonale induit notamment une sécheresse vaginale pouvant rendre douloureux les rapports sexuels.

La chute brutale des œstrogènes et de la progestérone associée à la fatigue peuvent entraîner une dépression du post-partum transitoire ou bien une dépression post-natale persistante représentant un réel danger pour la femme.[7]

3.2. TROUBLES SEXUELS

Un trouble sexuel est diagnostiqué dès lors qu'il est présent dans la majorité des rapports sexuels depuis au moins six mois et lorsque la patiente exprime une souffrance psychologique liée à la difficulté sexuelle. Le trouble peut être primaire ou secondaire, apparaissant après une période de fonctionnement sexuel satisfaisant, suite à un évènement particulier d'ordre traumatique, physiopathologique ou psychologique. Il peut également être sélectif, c'est-à-dire qu'il survient avec un partenaire donné, ou non sélectif. Certains évènements de la vie biologique de la femme sont source d'apparition ou de révélation de potentielles dysfonctions dans la sexualité féminine ayant pour origine l'enfance, l'adolescence et les premières expériences sexuelles, la grossesse, l'accouchement, la maternité, ou encore la ménopause. [30, 31]

Il existe quatre types de dysfonctions sexuelles féminines : les troubles liés au désir, les troubles liés à l'excitation sexuelle, les troubles liés au plaisir sexuel et les pathologies liées à la pénétration. Les dysfonctions sexuelles masculines et/ou du couple interfèrent également dans la sexualité féminine. [32,33]

Pour distinguer le type de dysfonction sexuelle, il est souvent demandé aux patientes de localiser le problème : « dans la tête ou dans le corps ? ». Ainsi, des femmes excitées par un stimulus sans ressentir de désir nécessitent une approche et un travail plutôt psychologique et mental. À l'inverse les femmes désireuses sans réponse génitale appropriée bénéficieront d'une prise en charge plutôt physiopathologique. [34]

L'étiologie de ces troubles est multifactorielle. Des facteurs personnels cognitifs entrent en jeu comme le degré de connaissance et d'éducation sexuelle, l'image de soi, la personnalité, l'âge, mais aussi la relation avec le partenaire, les évènements de vie, ainsi que la physiopathologie.

3.2.1. Troubles du désir

Les troubles du désir sexuel (TDS) se définissent comme "l'insuffisance ou absence persistante ou récurrente de désir d'activité sexuelle solitaire ou avec partenaire(s) et/ou de fantasmes sexuels conscients et excitants et responsable d'une souffrance personnelle". C'est un manque d'intérêt à la sexualité pouvant aller jusqu'à l'aversion sexuelle. Selon différentes études, 11 à 33% de femmes non ménopausées et 33 à 53% de femmes ménopausées souffrent de troubles du désir sexuel [33]

Plus d'une femme sur trois ressent une souffrance personnelle liée à la baisse de la libido. Selon une enquête en 2006 auprès de 1356 femmes de 20 à 70 ans, les femmes les plus jeunes ayant une baisse de désir sont plus exposées à une souffrance psychologique secondaire. Cette baisse de désir entraîne un sentiment de culpabilité vis à vis du partenaire dans 90% des cas et une préoccupation personnelle dans 80% des cas. Près de la moitié de ces femmes ont un sentiment d'échec dans leur vie sexuelle. [34]

Le désir sexuel hypoactif a des étiologies multifactorielles : somatiques, psychopathologiques, relationnelles, sociales et/ou culturelles. En modulant les facteurs modifiables, il est possible de reconstruire un équilibre et ainsi recréer le désir. [35]

L'un des traitements mis au point dans les années 60 par Masters et Johnson est le Sensate Focus, qui permet de renforcer le désir sexuel en créant des situations de désir par les préliminaires focalisés sur les cinq sens. Des thérapies cognitivo-comportementales sont proposées pour une prise en charge psychosexuelle. Des traitements hormonaux existent mais des études récentes ont montré l'absence d'efficacité prouvée sur les TDS. Parmi les traitements non hormonaux, le Bupropion, un antidépresseur, accroît le désir par inhibition de la recapture de la dopamine qui est le neuromédiateur modulant le désir sexuel. On retrouve également d'autres spécialités pharmacologiques comme la Flibansérine, le Gépiron Fr, et les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 qui agissent initialement comme antidépresseurs. [31,32]

3.2.2. Troubles de l'excitation

L'excitation sexuelle s'explique selon une composante physique, avec entre autres la congestion génitale, la lubrification vaginale et l'érection du clitoris, et une composante psychique ou subjective nécessitant un contexte et une prédisposition émotionnelle qui renforce l'excitation, le désir et le plaisir sexuel. [30,32]

L'insuffisance d'excitation sexuelle est une incapacité ou difficulté persistante ou récurrente à percevoir ou conserver un niveau d'excitation psychique et/ou physique. Elle peut s'expliquer par un manque de capacités physiques à obtenir une congestion génitale et/ou un manque de sensations subjectives d'excitation.

Il est difficile de traiter les troubles de l'excitation et du désir sexuel car il faut agir au niveau organique mais aussi relationnel, individuel et contextuel. Il est possible de proposer des aides pharmacologiques, des lubrifiants, des exercices de Kegel pour travailler consciemment et renforcer le périnée et la sensation sexuelle, d'approfondir la découverte et connaissance de son corps, des sensations plaisantes et celles de l'autre par le sensate focus, de pratiquer des techniques de relaxation comme la sophrologie ou la méditation.

L'utilisation d'œstrogènes en application locale traite notamment les problèmes de lubrification vaginale et permet d'améliorer la qualité du rapport sexuel et secondairement de renforcer le désir sexuel. [30]

3.2.3. Troubles liés au plaisir sexuel

Ces troubles du plaisir correspondent à la dysorgasmie ou anorgasmie. La masturbation dirigée utilisée comme thérapeutique serait efficace à 90%. Des pistes pharmacologiques sont actuellement explorées.[31]

3.2.4. Pathologies liées à la pénétration

Les dyspareunies désignent les douleurs ressenties lors d'un rapport sexuel impliquant une pénétration. Les causes peuvent être des lésions vaginales, une sécheresse vaginale, des infections vaginales et utérines, une inflammation vulvaire, ou encore des facteurs psychologiques.

Les vestibulites vulvaires sont des douleurs vulvaires se manifestant par des sensations de brûlures au niveau du vestibule apparaissant avant, pendant et après le rapport. Les causes sont mal connues. Les vestibulites sont reconnues comme une pathologie à part entière. [31,36]

Le vaginisme est un réflexe conduisant à des spasmes involontaires, répétés ou persistants de la musculature du tiers externe du vagin empêchant ou rendant impossible et douloureuse la pénétration. Les étiologies sont multiples et intrinsèquement liées : psychogènes, physiologiques, environnementales et relationnelles. La prise en charge comprend approche globale avec possibilité d'une psychothérapie, le travail conscient du périnée, les méthodes de relaxation, utilisation de lubrifiants et dilatateurs, ou encore injection d'anesthésiques locaux. [31,37]

3.3. ENVIRONNEMENT ET SOCIETE

Il est connu que la culture et la religion influencent la sexualité. Certaines religions imposent un délai à respecter pour la reprise des rapports sexuels après l'accouchement. Ainsi, l'islam précise qu'il est possible pour la femme de reprendre les rapports sexuels avec son mari dès la disparition des lochies. Le judaïsme interdit les rapports sexuels tant que la femme est « impure » par l'émission de sang menstruel ou placentaire. [18]

En dehors d'un cadre religieux, aucun consensus scientifique n'a établi la nécessité d'un délai pour la reprise des rapports sexuels après l'accouchement sauf cas exceptionnels comme les déchirures compliquées qui nécessitent un délai avant la reprise des rapports pour favoriser la bonne cicatrisation du périnée. [3] Certains praticiens recommandent d'attendre le retour de couches, l'arrêt des saignements ou encore un délai d'un mois. Mais cela doit dépendre du confort de la femme et du moment où elle et son conjoint se sentent prêts.

4. LA CONSULTATION POST-NATALE, ASPECT LEGISLATIF`

Selon l'ordre des sages-femmes et le référentiel métier, les compétences de la sage-femme impliquent de réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention dans le cadre d'éducation à la santé, à la santé reproductive et la santé sexuelle, la sexualité, de l'orientation et prévention des comportements à risque. La sexologie fait partie intégrante du programme de formation des études de maïeutique en deuxième cycle. En effet, le programme d'étude, défini par la législation (Ministère de l'enseignement supérieur), indique que l'unité d'enseignement de gynécologie, relatif à la santé génésique des femmes et d'assistance médicale à la procréation a pour objectifs - entre autres- de favoriser le dialogue autour de la sexualité et de pouvoir répondre et orienter en cas de plaintes, d'aborder la sexualité lors d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi qu'en périnatalité, d'éduquer à la sexualité. [38]

Le Code de Santé Publique indique qu'un « examen postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines suivant l'accouchement ». La visite post-natale auprès d'une sage-femme ou d'un gynécologue est le moment privilégié pour effectuer cet examen médical. [5] Elle est prise en charge à 100% par la Sécurité Maladie dans le cadre de l'assurance maternité.

Les objectifs de cette consultation [6] sont :

- Affirmer le retour à un état de santé physiologique de la mère sur le plan médical et psychologique
- Évaluer l'état de santé de l'enfant
- Évaluer l'établissement du lien mère-enfant
- Réaliser un bilan de l'évolution d'une ou plusieurs pathologies gravidiques ou préexistantes à la grossesse
- Réaliser un bilan gynécologique
- Évaluer la nécessité d'une rééducation périnéale et la prescrire
- Adapter la contraception aux besoins et souhaits de la patiente/couple et la prescrire.

Cette consultation est un moment privilégié de discussion avec la femme afin d'aborder ses questions, ses angoisses, la relation avec l'enfant. Il est précisé que des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées [38].

C'est également un moment propice afin de dépister les signes évocateurs de dépression du post-partum.

Le champ des compétences de la sage-femme s'étend et est en constante évolution ces dernières années. C'est un métier à multiples facettes dont l'exercice ne se réduit pas seulement au suivi de la grossesse et de l'accouchement. Le rôle de la sage-femme s'inscrit dans la vie la plus intime des femmes dès la puberté et ce tout au long de leur vies génitales, elle réalise le suivi gynécologique et accompagne l'apprentissage à la parentalité. Ainsi, l'exercice de la profession – passant notamment par les consultations de contraception, du suivi gynécologique, de la procréation médicalement assistée, de la rééducation périnéale, de prévention et dépistage des IST – s'axe autour de la sexualité et de la santé sexuelle des femmes. Néanmoins, malgré la récente introduction de la sexologie dans nos études de sage-femme, la formation reste encore limitée face aux troubles et interrogations des femmes et la sexualité - pourtant omniprésente que ce soit en per-partum ou bien en parlant contraception- reste un sujet tabou. De ce fait, je me suis interrogée sur les attentes et besoins des femmes quant à l'accompagnement que la sage-femme peut leur apporter en post-partum concernant leur santé sexuelle.

Une étude récente concernant la sexualité du post-partum, ciblée sur les trois premiers jours d'hospitalisation après l'accouchement, a révélé que les femmes ont de nombreuses interrogations, angoisses, peurs quant à leur sexualité en post partum [32]. En effet, environ la moitié d'entre elles - primipares ou non - souhaitent une information sur la sexualité du post-partum lors du séjour en suites de couches tandis que l'autre moitié ne souhaite pas une information aussi proche de l'accouchement mais désire une information auprès des sages-femmes libérales lors de visites ultérieures. Qu'en est-il aujourd'hui ? Quels sont alors les besoins et les attentes des femmes concernant l'information et l'accompagnement délivrés par les sages-femmes à distance du post-partum immédiat ?

PARTIE 2 : DEMARCHE DE RECHERCHE

1. PROBLEMATIQUE

Quels sont les besoins et les attentes des primipares concernant l'accompagnement et l'information des sages-femmes sur la sexualité du post-partum lors de la visite post-natale ?

2. BENEFICES ATTENDUS

Par notre étude, nous souhaitons améliorer la pratique professionnelle des sages-femmes lors d'une consultation post-natale et promouvoir la santé sexuelle des femmes.

3. OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES

3.1. OBJECTIF PRINCIPAL

Il s'agit d'identifier les besoins et attentes des primipares concernant l'accompagnement et l'information donnés par les sages-femmes sur la sexualité du post-partum lors de la visite post-natale.

3.2. OBJECTIFS SECONDAIRES

Notre étude nous permet d'évaluer la qualité de l'accompagnement et de l'information des femmes en santé sexuelle, d'identifier le retentissement d'un premier accouchement sur la sexualité érotique et les différents facteurs qui influent sur la reprise des rapports sexuels en post-partum. Enfin, d'évaluer les pratiques professionnelles lors de la visite post-natale.

4. HYPOTHESES

Hypothèse 1 : Les primipares souhaitent aborder la sexualité du post-partum au cours de la visite post-natale.

Hypothèse 2 : La sexualité du post-partum a été abordée pendant la consultation post-natale chez une minorité de primipares.

Hypothèse 3 : La satisfaction sexuelle est diminuée après l'accouchement par rapport à la satisfaction sexuelle pendant la grossesse.

Hypothèse 4 : Les femmes expriment un manque d'informations et d'accompagnement par les sages-femmes concernant la sexualité du post-partum lors de la consultation post-natale.

Hypothèse 5 : Le délai de reprise des rapports sexuels est principalement influencé par le vécu de l'accouchement.

5. MATERIEL ET METHODES

5.1. TYPE D'ETUDE

Étude épidémiologique descriptive, quantitative et qualitative transversale par questionnaires anonyme semi-directifs auprès de 91 primipares de 11 cabinets de sages-femmes libérales de la région Moselle sur la période de Janvier 2021 à Mars 2021.

5.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE

Les femmes éligibles pour notre étude étaient des primipares réalisant des séances de rééducation périnéale ayant déjà réalisé la visite post-natale dans des cabinets de sages-femmes libérales de la région Moselle, comprenant les secteurs Metz et Thionville.

5.2.1. Critères d'inclusion

- Femmes majeures étant primipares.
- Primipares ayant accouché par voie basse, avec ou sans instrumentalisation, ou par césarienne.
- Patientes ayant accouché à terme (au-delà de 36SA+6jours).
- Primipares ayant un(e) partenaire sexuel(le).
- Grossesses simples ou gémellaires.
- Primipares ayant réalisé la visite post-natale en cabinet libéral ou en structure hospitalière.

5.2.2. Critères de non-inclusion

- Primipares ne souhaitant pas participer au questionnaire.
- Primipares mineures.
- Primipares n'ayant pas réalisé la visite post-natale.
- Multipares.
- Hospitalisation maternelle en post-partum
- Hospitalisation du nouveau-né en post-partum

5.2.3. Critères d'exclusion

- Interruption médicale de grossesse.
- Mort fœtale in utéro.
- Accouchement sous X.
- Primipares avec une barrière linguistique.
- Questionnaires incomplets.

5.3. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE

Sexualité du post-partum abordée lors de la visite post-natale par la sage-femme.

Présence de difficultés sexuelles en post-partum chez la femme.

Reprise d'une sexualité pénétrative ou non pénétrative.

Niveau de satisfaction sexuelle.

Type d'accouchement.

Charge mentale.

Contexte de déchirure périnéales ou non.

Modifications du désir sexuel en post-partum.

Modifications de l'estime de soi en post-partum.

Modifications du rapport au partenaire sexuel en post-partum.

Préoccupation maternelle centrée sur l'enfant.

5.4. RECUEIL DE DONNES

Les données ont été obtenues par des questionnaires semi-directifs anonymes distribués en format papier aux sages-femmes libérales qui étaient chargées, avec leur accord, de les remettre aux patientes consentantes et éligibles à l'étude venant consulter pour des séances de rééducation périnéale. Ainsi, la visite post-natale étant déjà réalisée, la distribution des questionnaires lors de ces séances ne modifiaient pas la pratique de la sage-femme lors de la visite post-natale. Une fois remis à la patiente, le questionnaire était ensuite déposé par cette dernière dans une urne scellée disposée en salle d'attente afin de protéger leur anonymat. La sage-femme était chargée de noter le nombre de questionnaires distribués et les refus éventuels.

5.5. GESTION ET RECUEIL DE DONNEES

Le logiciel Excel a été utilisé pour recueillir les données et réaliser des statistiques.

Les variables quantitatives ont été décrites par des calculs de moyennes et écart type, les variables qualitatives par des calculs de fréquences et de pourcentages.

Le seuil de signification statistique a été fixé à 5%, et l'intervalle de confiance à 95%. Les analyses statistiques ont été élaborées à l'aide d'un doctorant en bioinformatique dans le domaine de l'épitranscriptomique utilisant le logiciel R et le site en ligne BiostaTGV.

5.6. QUESTIONNAIRES

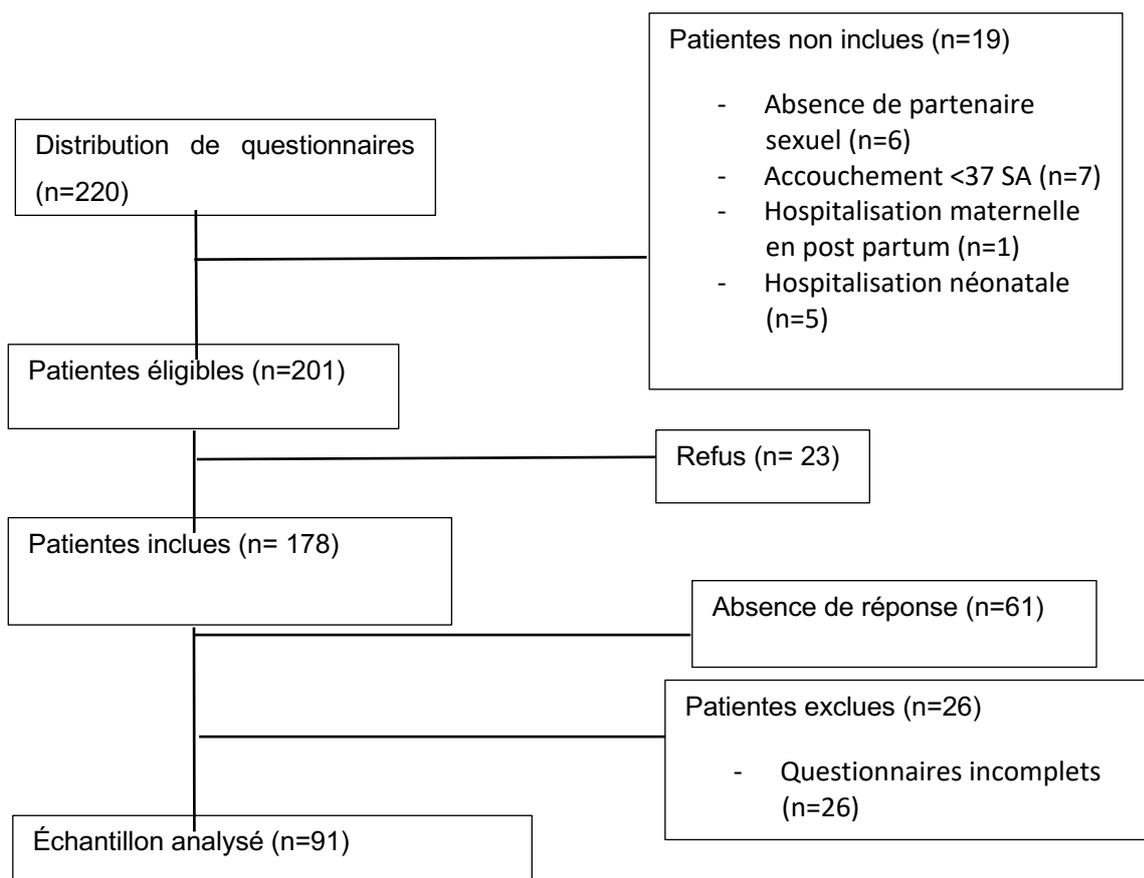
Le questionnaire (Annexe VII) a été élaboré en collaboration avec mon expert de mémoire Laura Goubet et ma directrice de mémoire Marie-Laure BOYE afin d'affirmer ou d'infirmer mes hypothèses. Le questionnaire a été testé auprès de 11 étudiantes sages-femmes de dernière année de l'école de Metz ainsi qu'auprès de mères de mon entourage personnel afin de pouvoir ajuster les questions et d'obtenir les données souhaitées.

Le questionnaire se divise en plusieurs parties. La première permet de constituer notre échantillon en ciblant notre population. La deuxième partie apporte des données sur le déroulement de la grossesse et l'accouchement. La partie suivante était constituée de questions concernant la sexualité du post-partum comme le délai de reprise des rapports sexuels ou le degré de satisfaction sexuelle, de désir, d'estime de soi, de charge mentale. Les items étaient évalués à l'aide d'échelles visuelles analogiques. Enfin, la dernière partie concernait la visite post-natale, l'information et l'accompagnement des primipares reçus par les sages-femmes.

6. RESULTATS

6.1. ECHANTILLON

Les 220 questionnaires ont été distribués dans 11 cabinets libéraux de sages-femmes des secteurs Metz et Thionville à raison d'environ 20 questionnaires par cabinet. Nous avons obtenu 136 réponses soit un taux de participation de 61,82% avec un taux de refus de 10,5% (n=23) et d'absence de réponse à 27,7% (n=61). Sur les 136 réponses, 19 patientes n'ont pas répondu aux critères d'inclusion de l'étude et 26 patientes ont été exclues donnant un échantillon satisfaisant de 91 patientes puisque l'échantillon cible préalablement admis était d'environ 60 réponses exploitables.



6.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

L'âge moyen de la population est de 27,98 ans avec des âges compris entre 19 et 39 ans. La répartition des participantes en fonction de leur âge est décrite dans le Graphique 1, le but étant de démontrer qu'elle est représentative de la population générale.

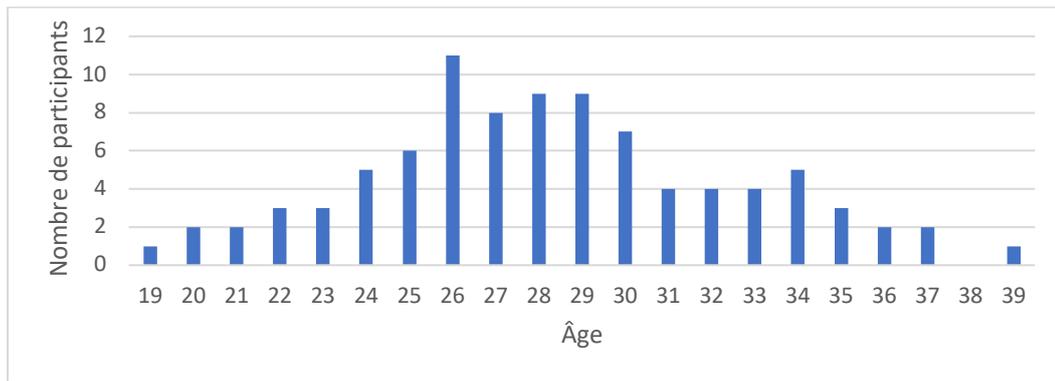


Figure 1 : Répartition des participantes en fonction de leur âge (n=91)

La majorité des participantes effectuaient leur suivi de grossesse chez une sage-femme (n=71), avec un taux de 68%. Le reste des participantes réalisaient leur suivi chez leur gynécologue (n=33).

6.3. DESCRIPTION DU DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Nous avons choisi de décrire et d'évaluer le déroulement de la grossesse et de l'accouchement afin d'évaluer d'éventuelles conséquences sur le vécu personnel de la patiente et ainsi sur la sexualité du post-partum. Le nombre d'hospitalisation pendant la grossesse était de 30,7%. Les motifs d'hospitalisation présentés dans le graphique 2 étaient des suspicions de prééclampsie à 22%, des menaces d'accouchement prématuré à 18%, des ruptures prématurées des membranes avant terme à 14%, des retards de croissance in utero à 14%, des diabètes gestationnels à 14% également. Dans une moindre mesure, les participantes étaient hospitalisées pour suspicion de cholestase pour 7% d'entre elles et pour une cure de fer pour 11% des primipares interrogées.

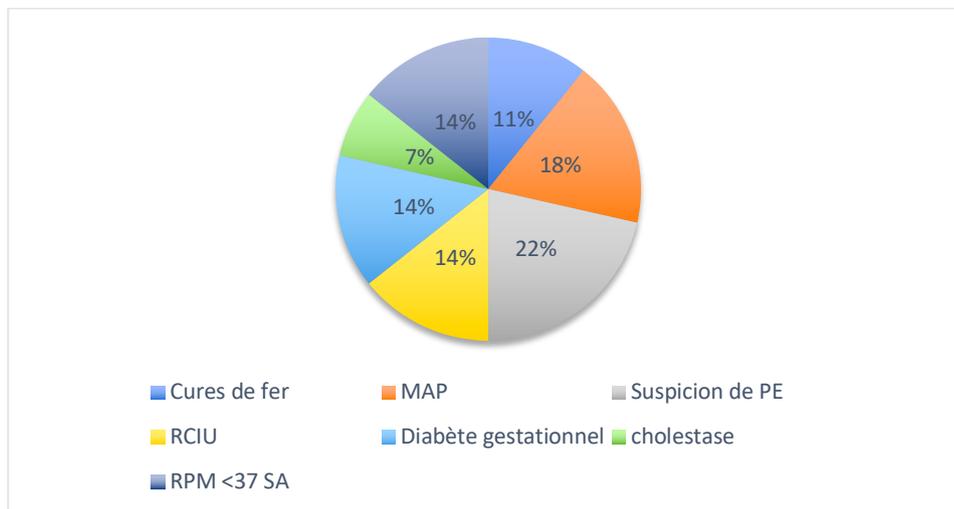


Figure 2 : Hospitalisations pendant la grossesse (n=91)

Les accouchements se déroulaient majoritairement voie basse sans instrumentalisation à hauteur de 53,8% (n=49) avec pour 71,4% des participantes un début de travail spontané. Environ 74,7% (n=68) d'entre elles ont pu bénéficier de la péridurale. Parmi les 23 primipares n'ayant pas bénéficié de l'anesthésie péridurale, celle-ci était non souhaitée pour 19 d'entre elles.

Sur les 91 participantes, nous avons relevé 2,2% (n=2) de grossesses gémellaires.

Tableau I : Données relatives au déroulement de l'accouchement – Moselle (2021)

Indicateur	Pourcentage (n)
Début de travail spontané	71,4% (65)
Péridurale	74,7 (68)
Sutures périnéales	79% (71)
Région vestibulaire	22% (20)
Vagin	65,9% (60)
Périnée	57,1% (52)
Sphincter anal (LOSA)	3,9% (2)
Épisiotomie	1,9% (1)
Ne sait pas	26,8% (19)

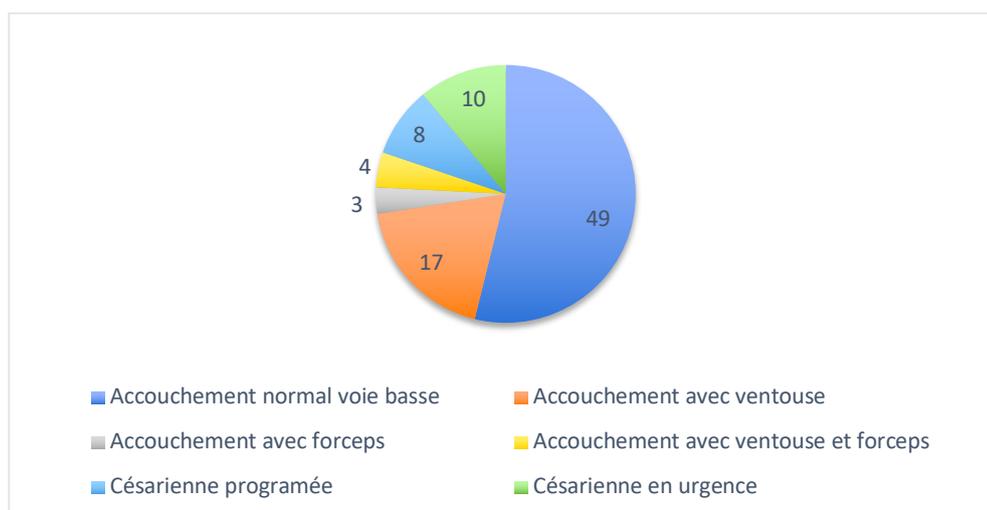


Figure 3 : Répartition des participantes en fonction des méthodes d'accouchement (n=91)

Afin de déterminer si la méthode d'accouchement influe directement sur le vécu de l'accouchement, nous avons tenté de trouver une corrélation entre ces deux variables par le test de Kruskal-Wallis sur l'ensemble des données. L'hypothèse nulle (H0) signifie ici que les différents jeux de données ont une répartition égale et qu'il n'y a pas de différences du vécu de l'accouchement en fonction de la méthode. Nous avons pu rejeter l'hypothèse nulle puisqu'il y a des différences significatives de vécus d'accouchement selon la méthode d'accouchement ($p < 0,05$). Ainsi, la méthode d'accouchement influe bien le vécu de celui-ci. Afin d'aller plus loin dans l'analyse de corrélation, nous avons réalisé des comparaisons par paires grâce au test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour déterminer si les méthodes d'accouchement sont suffisamment différentes entre elles en termes de vécu.

Tableau II : Test de corrélation de Wilcoxon-Mann-Whitney entre la méthode d'accouchement et le vécu de l'accouchement – Moselle (2021)

Vécu	Très mauvais	Mauvais	Bon	Très bon	P-value
Mode d'accouchement					
AVB normal	3	10	25	11	1,351x10 ⁻⁷
AVB instrumental	3	15	5	1	(sur
Césarienne programmée	0	1	4	3	l'ensemble
Césarienne en urgence	8	2	0	0	des
					données)
Comparaison par paires					
AVB normal VS AVB instrumental					0,00026
AVB normal VS césarienne programmée					0,2719
AVB normal VS césarienne en urgence					4,157 x10 ⁻⁶
AVB instrumental VS césarienne programmée					0,001
AVB instrumental VS césarienne en urgence					0,00035
Césarienne programmée VS césarienne en urgence					0,00029

Les résultats montrent qu'il existe des différences significatives pour chaque méthode d'accouchement sauf dans le cas de l'accouchement voie basse normal et la césarienne programmée qui semblent avoir des vécus similaires.

Il a été demandé aux participantes ayant eu des sutures périnéales si elles avaient reçu des conseils et/ou directives quant à un éventuel délai à respecter pour la reprise des rapports sexuels pénétratifs.

- Deux patientes soit 2,2% ayant eu une lésion obstétricale du sphincter de l'anus (LOSA) déclaraient avoir reçu comme directive du gynécologue ayant réalisé la suture périnéale d'attendre la visite post-natale afin de vérifier la cicatrisation avant de reprendre les rapports pénétratifs.
- Environ 58% d'entre elles n'avaient pas eu de conseils spécifiques relatifs à la reprise des rapports sexuels.

- En service de suites de couches, la reprise des rapports avait été abordée par la sage-femme dans 18,9% (n=17) des cas dont 9,9%(n=9) des participantes avaient été informées qu'il n'y avait pas de délai spécifique relatif à la reprise des rapports à respecter en post-partum, et que la reprise devait se dérouler selon l'appréciation propre des couples et 9% (n=8) avaient reçu comme information qu'il était conseillé d'attendre la consultation post-natale et le retour de couche pour la reprise de la sexualité. Enfin, 16% (n=15) des patientes ayant spontanément demandé des informations en service de maternité avaient reçu comme information qu'il n'y avait pas de délai spécifique à respecter.
- Quelques primipares interrogées (n=4) avaient précisé que leurs convictions religieuses leur imposaient un certain délai à respecter avant la reprise des rapports.

Nous avons tenté de mettre en évidence un lien entre la présence de sutures périnéales et la reprise des rapports sexuels. Un test de Wilcoxon-Mann-Whitney n'a pas démontré de différence significative ($p=0,07$) donc la seule présence de sutures périnéales ne semble pas influencer la reprise des rapports sexuels. En poursuivant le test de comparaison par paires, ce dernier n'a pas non plus montré de différence significative concernant la localisation des sutures ($p=0,45$), on peut donc supposer que ni la présence seule de sutures ni leur localisation n'a d'effet sur la reprise des rapports en post-partum.

Le vécu de la grossesse et de l'accouchement avait été évalué par les participantes par des adjectifs de type « Bon, très bon, mauvais, très mauvais » retranscrits en score de 0 à 3 afin de les analyser et donner un score moyen. Le score 0 correspond à « Très mauvais » et 3 à « très bon ». Nous avons voulu comparer le vécu de la grossesse et de l'accouchement. Nous remarquons que le vécu de l'accouchement est légèrement moins bon par rapport au vécu de la grossesse, toutefois le score médian pour les deux périodes se maintient à 2 correspondant à un « Bon » vécu.

Tableau III : Comparaison du vécu de la grossesse et de l'accouchement chez les participantes – Moselle (2021)

Critère évalué	N	Moyenne	Médiane	Écart type	Min	Max
<i>Vécu de la grossesse</i>	91	1,9	2	0,76	0	3
<i>Vécu de l'accouchement</i>	91	1,57	2	0,89	0	3

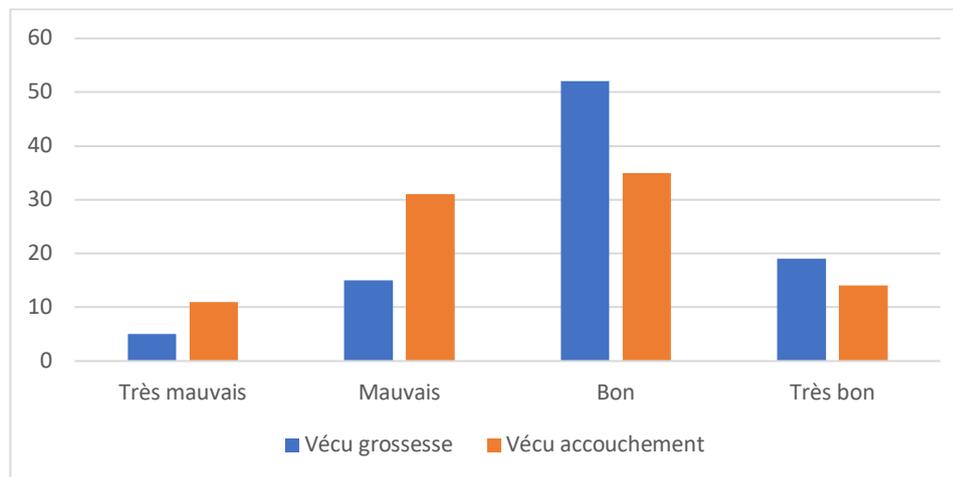


Figure 4 : Comparaison du vécu de la grossesse et de l'accouchement chez les participantes (n=91)

Concernant le mode d'alimentation des nourrissons, environ 28,5% des participantes déclarent adopter un allaitement exclusif, mixte pour 34% des femmes et au lait artificiel pour le reste des participantes soit 37,5%.

6.4. DESCRIPTION DE LA SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE ET EN POST-PARTUM

La majorité des primipares interrogées soit 61,5% (n=56) estiment que la reprise de la sexualité en post-partum est importante voire très importante pour 28,5% (n=26) d'entre elles. La sexualité du post-partum est sans importance pour environ 9,9% des participantes. Ces données ont été retranscrites en score de 0 à 2 dans le tableau 4 0 correspondant à « sans importance » et 2 à « très important ».

Tableau IV : Score d'importance de reprise de la sexualité en post-partum selon les participantes – Moselle (2021)

Critère évalué	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Min-Max
Importance de la reprise de la sexualité en post partum selon les patientes	91	1,18	1	0,59	0-2

Il leur a également été demandé de préciser si elles avaient reçu une information sur la sexualité du post-partum en suites de couches et quel en était le contenu. Environ 37,4% des participantes déclarent avoir eu une information et ont précisé les sujets abordés, présentés dans le graphique 5. Nous observons que les sujets majoritairement abordés en service de maternité sont la contraception, les lochies et retour de couches ainsi que la rééducation périnéale.

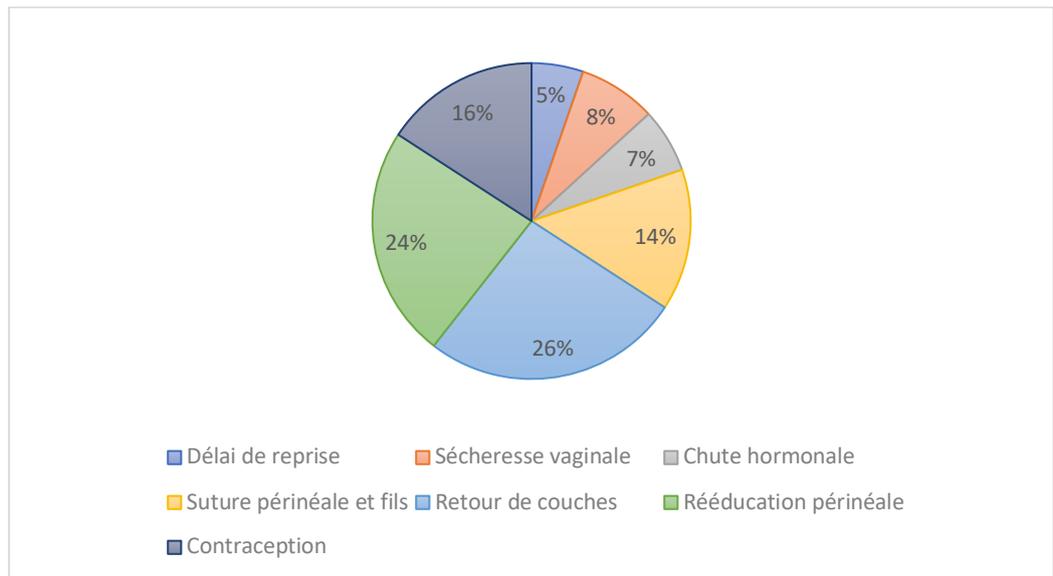


Figure 5 : Informations reçues par les participantes concernant la sexualité en suites de couches (n=91)

Les autres sujets éventuellement abordés par les équipes de sages-femmes en maternité sont la chute hormonale, la sécheresse vaginale, et le délai de reprise des rapports sexuels.

La satisfaction sexuelle devait être définie par les participantes, elles devaient alors choisir jusqu'à trois mots parmi un panel de critères permettant de définir, selon elles, ce que représente la satisfaction sexuelle. Les trois critères choisis majoritairement sont le plaisir sexuel coïtal, l'orgasme et la qualité des rapports sexuels. Nous notons que le critère « épanouissement personnel » a été choisi en minorité.

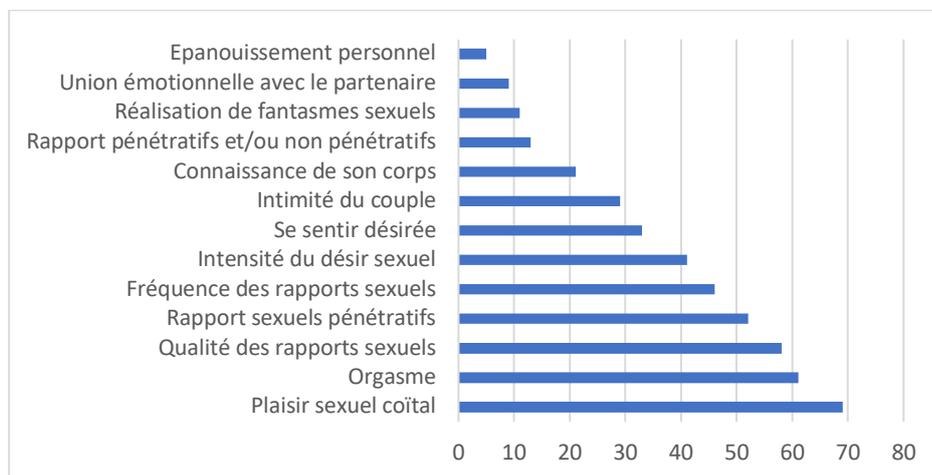


Figure 6 : Répartition des critères représentant la satisfaction sexuelle selon les primipares interrogées (n=91)

Nous avons voulu comparer la satisfaction sexuelle des primipares pendant la grossesse et après l'accouchement. Il leur était demandé de donner une évaluation de « Insatisfaisante » à « Très satisfaisante ». Les scores établis étaient de 0 à 3.

Tableau V : Comparaison de la satisfaction avant et après l'accouchement chez les participantes – Moselle (2021)

Critère évalué	N	Moyenne	Médiane	Écart-type
Satisfaction sexuelle pendant la grossesse	91	2,03	2	0,81
Satisfaction sexuelle après l'accouchement	91	1,03	1	0,79

Nous observons une différence notable entre la satisfaction sexuelle pendant la grossesse et après l'accouchement. En effet, celle-ci semble se détériorer après l'accouchement avec une moyenne et médiane à 1 correspondant à une sexualité peu satisfaisante par rapport à majoritairement satisfaisante pendant la grossesse.

Concernant la reprise des rapports sexuels, environ 34% (n=31) des primipares ont repris les rapports sexuels pénétratifs au moment de la visite post-natale et uniquement les rapports non pénétratifs pour 16%(n=115) d'entre elles.

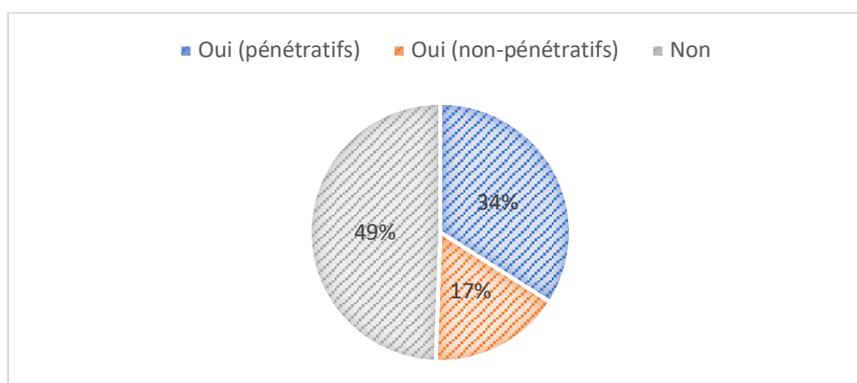


Figure 7 : Reprise des rapports sexuels au moment de la visite post-natale (n=91)

Pour celles ayant repris les rapports sexuels (n=31), elles reprenaient en moyenne au bout de 4,5 semaines du post-partum (Ecart-type=1,24).

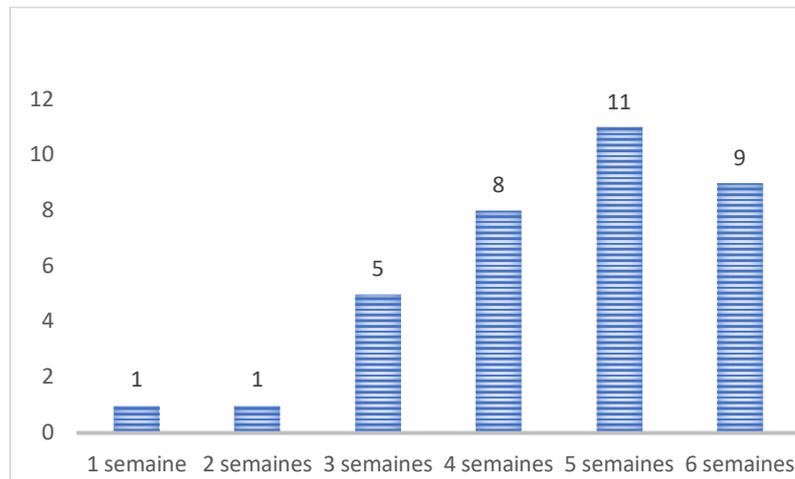


Figure 8 : Délai de reprise des rapports sexuels sur les 31 participantes ayant déclaré une reprise des rapports sexuels en post-partum (n=91)

Environ 77% (n=70) participantes avaient déclaré avoir une contraception effective, quelle qu'elle soit, au moment de la visite-post-natale.

Nous avons voulu voir s'il y avait un lien entre le vécu de l'accouchement et la reprise des rapports sexuels. Pour cela, nous avons réalisé un test de corrélation de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Tableau VI : Corrélation de la reprise des rapports sexuels selon le vécu de l'accouchement chez les participantes par le Test de Wilcoxon-Mann-Whitney – Moselle (2021)

Score vécu de l'accouchement						
	N	Moyenne	Médiane	E-Type	Min-Max	P-Value
						6,192x10 ⁻⁷
Reprise des rapports						
Oui	46	2,04	2	0,80	0-3	
Non	45	1,1	1	0,73	0-3	

La différence étant significative, nous pouvons conclure que le vécu de l'accouchement influence sur la reprise des rapports.

Nous avons choisi d'évaluer le score du désir sexuel chez les participantes après l'accouchement. La majorité d'entre elles soit 78% (n=71) expriment un désir sexuel diminué, inchangé pour 16,5% (n=16) et augmenté pour une minorité soit 4,4% (n=4) des primipares interrogées. Afin de déterminer les facteurs influençant la reprise de la sexualité en post-partum nous avons proposé aux participantes de donner une note sur une échelle graduée de 0 à 10 concernant leur ressenti par rapport à certains indicateurs.

Tableau VII : Scores de ressentis des patientes en lien avec la sexualité du post-partum – Moselle (2021)

Indicateur	N	Moyenne du score	Médiane	Écart type	Min-Max
Désir sexuel	91	3,6	3	1,8	0-10
Image de soi	91	5,11	3	1,79	0-10
Sentiment amoureux	91	7,3	7	1,66	0-10
Intimité dans le couple	91	5,52	5	1,93	0-10
Disponibilité mentale	91	3,58	3	1,99	0-10
Disponibilité physique	91	4,2	4	1,66	0-10
Préoccupation maternelle primaire	91	8,6	8,5	1,34	0-10
Sentiment que le partenaire est disponible physiquement	91	6,4	7	2,4	0-10
Sentiment que le partenaire est disponible émotionnellement	91	6,14	5,5	1,7	0-10
Sentiment de désirabilité vis-à-vis du partenaire	91	4,37	4	1,8	0-10
Sentiment de désirabilité vis-à-vis de soi	91	3,9	3	1,2	0-10
Appréhension de la douleur/douleur lors des rapports pénétratifs	91	6,7	6,5	2,3	0-10
Fatigue	91	7,7	7,5	2,1	0-10
Dépression en post-partum	91	2,71	2	1,7	0-10
Autre : « Sentiment d'oppression vis-à-vis de l'entourage familial »	3	8,6	0	1,24	0-10

Le désir sexuel a obtenu un score moyen de 3,6 sur 10 points ce qui illustre d'une baisse significative du désir sexuel en post-partum. L'image de soi reste satisfaisante avec un score moyen

de 5,11. Le sentiment amoureux est très satisfaisant avec un score moyen de 7,3 chez les primipares interrogées et ne peut constituer un facteur délétère à la reprise de la sexualité.

L'intimité dans le couple trouve un score moyen à 5,5 ce qui est plutôt neutre. Il est à noter que 2 femmes ont émis un score à 0 et aucune à 10 ce qui montre que l'intimité dans le couple semble être tout de même diminuée en post-partum. La disponibilité mentale chez les femmes est mauvaise (3,5) ce qui peut représenter un facteur influençant la reprise de la sexualité de même pour la disponibilité physique avec un score à 4,2.

La focalisation sur l'enfant et/ou la préoccupation maternelle primaire est très forte à 8,6 de score moyen. La fatigue est aussi très élevée chez les participantes (7,7).

La disponibilité physique et émotionnelle des conjoints semble être stable avec respectivement des scores à 6,4 et 6,14 cependant le sentiment de désirabilité vis-à-vis du partenaire est moindre à 4,37.

L'appréhension de la douleur lors des rapports semble être une préoccupation majeure puisqu'elle a obtenu un score moyen de 6,7.

Peu de participantes estiment être en dépression du post-partum (2,71).

Lorsqu'il était demandé aux participantes de désigner le facteur qui, selon elles, influençait le plus sur la reprise de la sexualité du post-partum, le manque de disponibilité physique à 23%, et mentale à 18,68% ainsi que la fatigue à 20,8% ont été relevés en majorité parmi six critères principaux décrits dans le graphique 9.

Les autres critères majeurs étaient l'image de soi, la baisse du désir sexuel et l'appréhension de la douleur lors des rapports sexuels pénétratifs à hauteur de 11%, 14,3% et 12% respectivement.

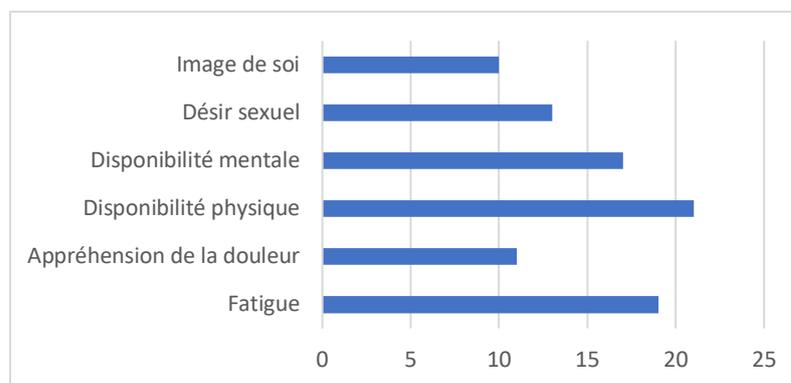


Figure 9 : Facteurs principaux influençant la reprise de la sexualité en post-partum selon les participantes

6.5. ÉVALUATION DES BESOINS ET ATTENTES DES FEMMES QUANT A LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE DU POST-PARTUM

Nous avons demandé aux participantes si elles avaient des interrogations concernant leur sexualité du post-partum et, le cas échéant, de les préciser par une question ouverte. Sur les 91

participantes de l'étude, 69 primipares ont déclaré avoir des interrogations concernant la sexualité du post partum soit 75,8%.

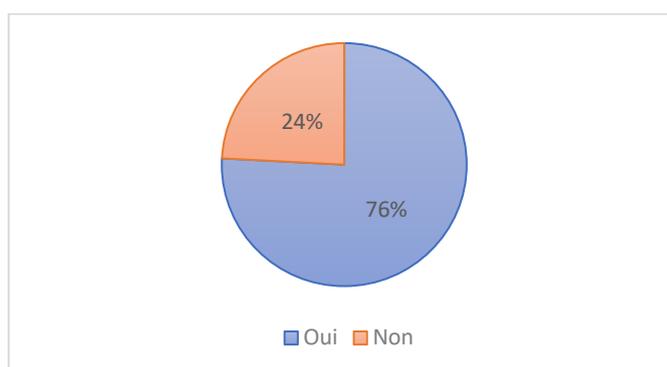


Figure 10 : Nombre de participantes déclarant avoir des interrogations quant à la sexualité en post-partum (n=91)

Leurs préoccupations s'axaient principalement autour des dyspareunies (n=42), des lochies (n=33), de la compatibilité des rapports sexuels et des éventuelles sutures périnéales (n=29), de la chute hormonale et de la baisse du désir sexuel (n=30). Nous retrouvons également, le délai de reprise des cycles menstruels (n=11), du délai de reprise des rapports après l'accouchement (n=27), le relâchement périnéal et les sensations pour le conjoint (n=17), les sensations coïtales en post-partum (n=13), l'appropriation des modifications corporelles (n=19), la stimulation du désir du partenaire (n=5) et enfin le fait de préserver l'intimité du couple (n=8), d'investir du temps pour la sexualité.

Tableau VIII : Préoccupations des participantes vis-à-vis de la sexualité du post-partum en pourcentages – Moselle (2021)

Critères	N (N=69)	Pourcentage
Dyspareunies	42	61%
Compatibilité des sutures périnéales et rapports sexuels	29	42%
Baisse du désir sexuel	30	43,5%
Délai de reprise des rapports	27	39%
Retour de couches	11	16%
Lochies	33	47,8%
Relâchement périnéal et sensations pour le conjoint	17	24,6%
Sensations coïtales personnelles en post-partum	13	18,8%
Appropriation des modifications corporelles/désirabilité vis-à-vis de soi	19	27,5
Stimulation de la désirabilité vis-à-vis du conjoint	5	7%
Préservation de l'intimité du couple	8	11,6%

Environ 63,7% (n=58) des participantes exprimaient avoir un ou des troubles de la sexualité dans leur couple depuis l'accouchement. Pour la majeure partie d'entre elles, soit 44,8%, il s'agissait de discordance de désir avec le partenaire, et de dyspareunies à 58%. Nous avons noté également la présence de vaginisme à hauteur de 9,4%, d'absence de désir dans 32% des cas et de troubles de l'excitation dans une moindre mesure soit 8,79%.

Tableau IX : Pourcentages de participantes déclarant avoir un ou des troubles de la sexualité – Moselle (2021)

Critères	N	Pourcentage
Présence de trouble de la sexualité	58	63,7%
Dyspareunies	34	58%
Discordance de désir avec le partenaire	26	44,8%
Absence de désir	19	32,7%
Trouble de l'excitation	7	8,79%
Vaginisme par anticipation de la douleur	4	4,4%
Vaginisme par mémoire traumatique de l'accouchement	3	5%

Sur le nombre de participantes pensant avoir un trouble de la sexualité (n=58), seulement 24,4% (n=14) les ont exprimés auprès d'un professionnel de santé ; à leur médecin traitant pour 8 primipares soit 50%, à leur sage-femme libérale pour 5 d'entre elles (35,7%) et une participante dit en avoir discuté avec l'infirmière libérale faisant les soins à domicile.

Tableau X : Expression des troubles de la sexualité par les participantes auprès de professionnels de santé en pourcentages – Moselle (2021)

	N	Pourcentage
Participantes ayant exprimé leurs troubles de la sexualité à un professionnel de santé		
	14	24,4%
Médecin traitant	8	50%
Sage-femme libérale	5	35,7%
Infirmière à domicile	1	7%

Les raisons décrites par les participantes (n=44) de ne pas les avoir exprimés auprès d'un professionnel de santé sont le manque de temps pendant la consultation à 18%, la gêne d'en parler pour 52% d'entre elles, de vocaliser ces éventuels troubles, le fait qu'il soit trop tôt dans la période du post-partum et pas assez de recul sur la situation pour admettre la présence d'un trouble de la sexualité dans 9% des cas et le fait de ne pas vouloir parler de sexualité pour 16% des participantes. Certaines déclarent prioriser et focaliser l'attention sur l'enfant et ses besoins avant les leurs à hauteur de 4,5%.

Tableau XI : Raisons décrites par les participantes de n'avoir pas exprimé leurs troubles de la sexualité auprès d'un professionnel de santé – Moselle (2021)

	N	Pourcentage
Participantes n'ayant pas exprimé leurs troubles à un professionnel de santé	44	75 %
Manque de temps pendant la consultation	8	18%
Gêne de la patiente	23	52%
Trop tôt /pas assez de recul	4	9%
Souhait de ne pas en parler	7	16%
Priorisation de l'enfant	2	4,5%

Les autres ressources utilisées par 61,54% des primipares (n=56) afin de se renseigner sur les troubles de la sexualité et/ou la sexualité du post-partum ont été Internet pour la majorité d'entre elles (n=37) soit 75,5%, l'entourage amical à 22% (n=11), le partenaire sexuel chez 32,6% d'entre elles (n=16) et l'entourage familial dans une moindre mesure à hauteur de 8%(n=4) ; la mère maternelle étant le plus souvent citée et enfin le gynécologue pour 2 d'entre elles soit 3,5%.

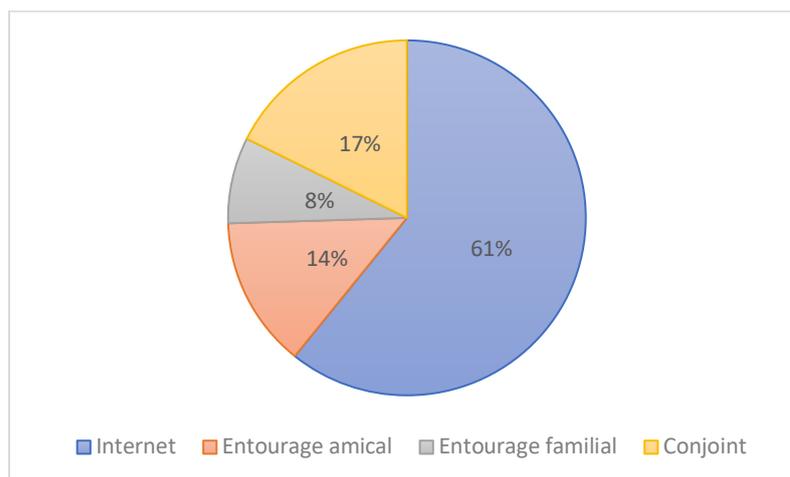


Figure 11 : Ressources des participantes concernant les interrogations quant à la sexualité du post-partum (N=91)

6.6. DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE DU POST-PARTUM

A la question « Lors de la visite post-natale, la sage-femme vous a-t-elle invitée à parler de sexualité », 62 participantes ont répondu non soit 68,1%. Seulement 12,1% (n=11) des participantes ont pris l'initiative d'interroger la sage-femme concernant la sexualité du post-partum.

Concernant les 40 participantes ayant discuté de la sexualité avec la sage-femme, les sujets abordés concernaient en majorité la contraception (n=30), de l'éventuelle présence de sutures périnéales (n=22), de la rééducation du périnée (n=28) et de la reprise ou non des rapports sexuels (n=19).

Les autres sujets abordés dans une moindre mesure concernent le désir (n=9), les dyspareunies (n=11), la sécheresse vaginale et solutions (n=2), la vie de couple (n=3).

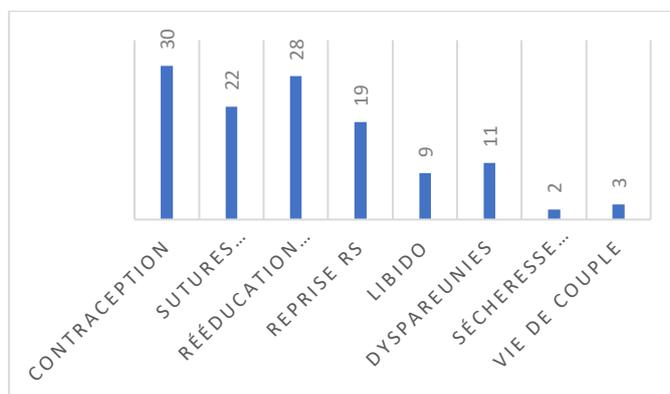


Figure 12 : Sujets abordés concernant la sexualité lors de la visite post-natale (n=91)

Sur les 51 participantes n'ayant pas abordé la sexualité en postpartum lors de la visite post-natale, 76,5% (n=39) auraient aimé le faire.

Les participantes n'ayant pas abordé le sujet d'elles-mêmes l'ont expliqué par la volonté de ne pas en parler à 25% (n=13), 37,5% d'entre elles ont avoué ne pas en éprouver le besoin, certaines ressentent une gêne à 21,6% (n=11) et d'autres expliquent qu'elles n'en n'ont pas eu l'occasion lors

de la consultation. Enfin, quelques primipares interrogées soit 5,9% (n=3) ont admis avoir d'autres préoccupations plus importantes selon elles.

Tableau XII : Sexualité abordée par la sage-femme et/ou les participantes lors de la visite post-natale en pourcentages – Moselle (2021)

Sexualité abordée lors de la visite post-natale	OUI (n)	NON (n)	Réponse libre en % (n)
Par la sage-femme	31,9% (29)	68,1 % (62)	
A l'initiative de la patiente	12,1% (11)	90,1% (82)	
		Si non, pour quelle(s) raison(s) (n=82)	
		« Je n'en éprouve pas le besoin »	29,3% (24)
		« Souhait de ne pas en parler »	24,4% (20)
		« Gêne/Honte »	20,7% (17)
		« Manque de temps »	11% (9)
		« Autres préoccupations plus importantes »	14,6% (12)
Sexualité souhaitée être abordée lors de la visite	76,5% (39)		

Nous nous sommes alors interrogés sur l'existence d'une corrélation entre les participantes souhaitant aborder la sexualité en post-partum et la présence de troubles de la sexualité. Pour ce faire, un test de corrélation de Wilcoxon-Mann-Whitney a été réalisé dont le résultat ne montre pas de différence significative ($p > 0,05$). Ainsi la présence de troubles de la sexualité en post-partum ne minore ou ne majore pas le souhait d'aborder la sexualité lors de la visite post-natale. Toutefois, nous pouvons relever que la majorité des participantes, soit environ 76,5%, souhaitent aborder la sexualité en post-partum.

Tableau XIII : Test de corrélation entre la présence de troubles de la sexualité et le souhait d'aborder la sexualité en post-partum chez les participantes – Moselle (2021)

Patientes souhaitant aborder sexualité	Oui (n=44)	Non (n= 18)	p-value
			0,77
Présence de difficultés sexuelles			
OUI (n=43)	31	12	
NON (n=19)	13	6	

Tableau XIV : Test de corrélation de Wilcoxon-Mann-Whitney entre le souhait d'aborder la sexualité et les différents scores de préoccupations chez les participantes – Moselle (2021)

Souhait d'aborder la sexualité en post-partum			
	Oui(n=44)	Non (n=18)	p-value
Scores de préoccupations			
Fatigue	7,38	6,33	0,08
Disponibilité mentale	4,15	3,3	0,03
Disponibilité physique	3,9	4,5	0,07
Désir sexuel	4,0	4,7	0,4
Image de soi	3,8	5,2	0,015
Sentiment amoureux	6,7	7,0	0,1
Désirabilité vis-à-vis de soi	3,1	4,3	0,009
Désirabilité vis-à-vis du conjoint	3,4	4,4	0,01
Appréhension de la douleur	6,3	3,7	3,2 x 10 ⁻⁶
Intimité dans le couple	3,4	5,1	0,02
Sentiment que le conjoint est disponible physiquement	5,1	6,0	0,12
Sentiment que le conjoint est disponible émotionnellement	4,8	5,0	0,24
Dépression du post-partum	3,9	2,0	0,0037
Intimité du couple	4,1	5,6	0,0023
Préoccupation maternelle primaire	6,0	7,10	0,034

Afin d'aller plus loin, nous avons souhaité mettre en évidence un potentiel lien entre les degrés de préoccupations des participantes et leur souhait d'aborder la sexualité en post-partum.

Concernant la fatigue, nous notons que les patientes souhaitant aborder la sexualité en post-partum sont plus fatiguées, avec une moyenne de 7,36 sur 10 que celles ne voulant pas l'aborder (6,33). Cependant, il n'y a pas de différence significative ($p=0,08$) - malgré une p-value faible- mise en évidence par le test ainsi on ne peut conclure que la fatigue influence le souhait d'aborder ce sujet.

Les primipares souhaitant aborder la sexualité semblent être plus disponibles mentalement (4,15) que celles ne voulant pas avec un score plus faible de 3,3. Le test de corrélation a révélé une différence significative ($p=0,03$) entre les deux populations, ainsi le fait d'être disponible mentalement influe positivement sur le souhait d'aborder la sexualité du post-partum.

Cependant les femmes étant moins disponibles physiquement (3,9) semblent être plus intéressées d'évoquer la sexualité que celles étant plus disponibles physiquement (4,5). Toutefois, le test de corrélation n'a pas relevé de différence significative ($p=0,07$) donc nous ne pouvons pas établir que la disponibilité physique, ou l'indisponibilité, influe sur le souhait d'évoquer la sexualité.

Le niveau de désir sexuel avait un score plutôt similaire quoi que légèrement plus élevé chez les femmes ne souhaitant pas aborder la sexualité (4,7). Il n'y a pas de différence significative mise en évidence par le test de corrélation ainsi le niveau de désir sexuel ne semble pas inciter les femmes à vouloir évoquer ce sujet.

L'image de soi était moins bonne (3,9) chez les femmes souhaitant aborder la sexualité que celles ne voulant pas (5,2). Le test a montré qu'il existait une corrélation ($p=0,015$) entre une mauvaise image de soi et le souhait d'évoquer la sexualité.

Le sentiment amoureux était plutôt bon et relativement similaire dans les deux populations (6,7 et 7,0) ainsi aucune différence significative et donc aucune corrélation n'a pu être démontrée entre le niveau de sentiment amoureux et le souhait d'aborder la sexualité.

Le niveau de désirabilité vis-à-vis de soi était plus faible (3,1) chez les femmes voulant aborder la sexualité que celles ne voulant pas (4,3). Le test a révélé qu'il existe une corrélation ($p=0,009$) entre une faible désirabilité vis-à-vis de soi et le souhait d'aborder la sexualité.

De même pour la désirabilité vis-à-vis du conjoint, le test a démontré que celles ayant le sentiment d'être moins désirable vis-à-vis du conjoint ont plus tendance à vouloir parler de sexualité en post-partum ($p=0,01$).

L'appréhension de la douleur était très forte dans la population souhaitant aborder la sexualité et plutôt faible dans celle ne le souhaitant pas. Le test a révélé une corrélation ($p= 3,2 \times 10^{-6}$), ce qui veut dire que les femmes ayant une forte appréhension de la douleur lors de la reprise des rapports sexuels sont plus incitées à vouloir parler de sexualité en post-partum que celles ayant peu d'appréhension.

Un faible niveau d'intimité dans le couple semble également inciter les femmes à vouloir évoquer la sexualité du post-partum puisque le test de corrélation a montré une différence significative avec une p-value de 0,02.

Le sentiment que le conjoint est disponible physiquement était plus bas chez les femmes voulant parler de la sexualité (5,1) que celles ne voulant pas (6,0). Cependant aucune différence significative n'a été soulevée. Il en est de même pour le sentiment que le conjoint est disponible émotionnellement.

Concernant la dépression du post-partum, malgré un score global bas, les femmes ayant le sentiment d'être plus déprimées (3,9) auront plus tendance à vouloir aborder la sexualité du post-partum que celles étant moins déprimées (2,0), d'après le test de corrélation indiquant une p-value de 0,0037.

Enfin, une forte préoccupation maternelle primaire (7,1) chez les participantes incitait moins les femmes à parler de sexualité contrairement à celles ayant une préoccupation maternelle plus modérée (6,0), selon le test de corrélation indiquant une différence significative ($p=0,034$).

Nous pouvons donc affirmer que les femmes souhaitant aborder la sexualité sont celles présentant le plus de vulnérabilités concernant la sexualité du post-partum :

- Faible de l'image de soi
- Faible degré de désirabilité vis-à-vis de soi
- Faible sentiment de désirabilité vis-à-vis du conjoint
- Faible niveau d'intimité dans le couple
- Forte appréhension de la douleur
- Niveau plus élevé de dépression du post-partum

Cependant, nous pouvons supposer que le fait d'aborder la sexualité nécessite une disponibilité et une certaine ouverture émotionnelle de la femme puisque celles étant indisponibles mentalement et très préoccupées par leur enfant étaient moins incitées à aborder la sexualité.

Nous avons alors demandé aux participantes ($n=91$) d'évaluer sur une échelle graduée de 0 à 10 l'importance selon elles d'aborder la sexualité du post-partum avec la sage-femme. La moyenne obtenue était de 6 sur 10, on peut alors dire qu'il est plutôt important pour les femmes de parler de la sexualité en post-partum.

Tableau XI : Evaluation de l'importance selon les participantes d'aborder la sexualité avec la sage-femme en post-partum – Moselle (2021)

Critère évalué	N	Moyenne	Médiane	E-Type
Importance d'aborder la sexualité en post-partum selon les participantes	91	6	6	2,09

Nous avons ensuite interrogé les femmes sur les sujets, si elles le souhaitent, qu'elles aimeraient aborder lors de la visite post-natale. Nous avons alors retenu le désir sexuel à 41,7%, les fuites urinaires et le relâchement périnéal à 45%, comment retrouver les sensations coïtales d'avant l'accouchement à 56%, comment stimuler le désir du conjoint (57%) et préserver l'intimité du couple (29,7%), le moment idéal pour la reprise des rapports à 69,2%, la chute hormonale et ses conséquences à 64,8%. Nous tenons à relever qu'une des participantes a noté dans « autre » sujet souhaité le suivant : « comment rester une femme avant tout en étant devenue jeune maman ? ». Ce commentaire globalisait plutôt bien les préoccupations principales des primipares interrogées.

Tableau XII : Sujets souhaités être abordés lors de la visite post-natale par les participantes en pourcentage – Moselle (2021)

Sujets souhaités	N	Pourcentage de participantes
Désir sexuel	38	41,7%
Fuites urinaires / relâchement périnéal	41	45%
Sensations coïtales en post-partum	51	56%
Reprise des rapports	63	69,2%
Chute hormonale et conséquence	59	64,8%
Stimuler la désirabilité vis-à-vis du partenaire	52	57%
Préserver intimité du couple	27	29,7%
Désirabilité vis-à-vis de soi	12	13%
Contraception	49	53,8%
Allaitement et rapports sexuels	7	7,7%
Cicatrisation périnéale et rapports sexuels	70	76,9%
Lochies et retour de couches	24	26,37%
Aucun	4	4,4%%
Autres : « comment reste une femme avant tout en étant devenue jeune maman »	1	1,1%

Ainsi nous constatons que les sujets qui intéressent le plus les primipares sont la reprise des rapports (n=63), la chute hormonale et ses conséquences(n=59), les sensations coïtales après l'accouchement(n=51) et la désirabilité vis-à-vis du partenaire (n=52).

Les participantes devaient ensuite indiquer quel a été l'accompagnement proposé par la sage-femme en fonction de leurs éventuels troubles et/ou interrogations concernant la sexualité du post partum. Environ 16,5% des femmes estiment avoir reçu une information suffisante lors de la visite post natale. Trois des participantes ont indiqué qu'une prochaine consultation sera dédiée à la sexualité du post-partum et les troubles liés à la sexualité du post-partum dont une en présence du conjoint. Environ 60,4% (n=55) des primipares interrogées indiquent que des séances de rééducation périnéale seront prévues avec la sage-femme, trois participantes ont été redirigées vers un(e) sexologue pour des cas de vaginisme notamment et une participante a été conseillée de consulter un(e) sophrologue afin d'aller à la redécouverte du corps et de l'écoute de soi.

Tableau XIII : Description des accompagnements proposés par es sages-femmes aux participantes lors de la visite post-natale – Moselle (2021)

Accompagnement proposé	N	Pourcentage
Informations suffisantes lors de la visite post-natale	36	39,5%
Consultation ultérieure dédiée à la sexualité	2	2,2%
Consultation ultérieure dédiée à la sexualité en présence du conjoint	1	1,1%
Rééducation périnéale	55	60,4%
Redirection vers un(e) psychologue	0	0%
Redirection vers un(e) sexologue	3	3,3%
Redirection vers thérapeute de couple	0	0%
Aucune des propositions	14	15,4%
Autres :	1	1,1%
Conseil de consultation en Sophrologie		

Environ 39,5% (n=36) des primipares interrogées estiment avoir reçu une information claire suffisante et adaptée concernant la sexualité du post-partum, soit 60,4% des participantes insatisfaites de l'information sur la sexualité du post partum lors de la visite post-natale. Environ 53,8% (n=49) des participantes affirment que l'accompagnement de la sage-femme concernant la

sexualité du post-partum lors de la visite post-natale n'a pas répondu à leurs attentes, contre 46,15% (n=42) de participantes satisfaites.

La consultation post-natale est un moment propice pour parler de la sexualité et dépister d'éventuels troubles de la sexualité pour 63,7% (n=58) des primipares interrogées. Selon 15,5% d'entre elles (n=9), la relation avec la sage-femme est plus intime, il y a moins de distance qu'avec un autre professionnel de santé et donc il leur est plus facile de communiquer de leur intimité avec elle. La visite post-natale se situe à distance de l'accouchement et ce temps a permis à certaines participantes de retrouver leur sexualité selon 13,8% des primipares interrogées (n=8). Cette consultation est également la dernière du suivi de la grossesse en dehors des séances de rééducation périnéales potentielles.

Les 33 participantes estimant que ce n'est pas un moment propice pour en discuter donnent les raisons suivantes : la visite post-natale se situe trop tôt après l'accouchement pour 30,3% (n=10), nombreuses d'entre elles n'ont pas repris les rapports à hauteur de 39,4% (n=13), d'autres femmes, environ 18% (n=6) ont indiqué préférer en parler lors de la rééducation périnéale.

7. DISCUSSION

7.1. LIIMITES ET BIAIS

Malgré un taux de participation satisfaisant (61,82%), nous avons relevé 27,7% d'absence de réponses et 10,5% de refus. Nous nous interrogeons sur les raisons de ces refus. Il est possible d'attribuer ce silence par la volonté de ne pas évoquer la sexualité, par manque de temps ou bien parce qu'elles n'en éprouvent simplement pas le besoin. Nous nous demandons également s'il persiste un tabou ou s'il y a un manque d'intérêt de la part des femmes. Ce sont autant de refus que de données manquantes qui auraient pu être ajoutées à l'étude afin de déterminer la pertinence de la prise en charge de la sexualité du post-partum lors de la visite post-natale.

Les questionnaires étaient distribués par les sages-femmes libérales aux patientes éligibles à l'étude – des primipares – lors de séances de rééducation périnéale. Ce choix de méthode avait pour but de ne pas influencer la pratique professionnelle lors de la visite post-natale, la rééducation périnéale se déroulant ultérieurement. Cependant il existe des biais de sélection, puisque la sage-femme contrôlait la distribution des questionnaires, et nous savons que toutes les femmes ne réalisent pas la rééducation du périnée en post-partum.

7.2. RETOUR D'EXPERIENCE DE RECHERCHE

Nous avons tenté de répondre à nos hypothèses selon plusieurs étapes :

- Le déroulement de la grossesse et de l'accouchement
- La sexualité et la satisfaction sexuelle en post-partum
- Les interrogations et troubles des femmes relatifs à la sexualité en post-partum
- L'accompagnement reçu lors de la visite post-natale et les attentes des primipares.

Les participantes avaient en moyenne 28 ans (27,98 ans) au moment de l'étude ce qui est comparable à la population générale puisque, selon l'Insee, les femmes ont en moyenne 28,5 ans à la

naissance de leur premier enfant en 2015 et 28,8 ans en 2019. On assiste alors à un recul de l'âge moyen des mères lors du premier accouchement.

Les suivis de grossesse se faisaient principalement par les sages-femmes à hauteur de 68%. Cela permet un suivi global des patientes, du début de grossesse jusqu'en post-partum, créant une relation de confiance et privilégiée avec les femmes.

Les accouchements se déroulaient majoritairement voie basse sans instrumentalisation à 53,8%, avec anesthésie péridurale dans 74,7% des cas.

Il s'agissait de travail spontané pour 71,4% d'entre elles.

Nous avons montré que le vécu de l'accouchement était nettement moins bon que le vécu de la grossesse.

Nous avons toutefois pu mettre en évidence que la méthode d'accouchement influençait le vécu de l'accouchement notamment lorsque le caractère urgent et imprévu était impliqué. Ainsi, le vécu de l'accouchement se détériorait lorsque le travail ne se déroulait pas de façon physiologique.

Notre étude a mis en exergue par corrélation que le vécu de l'accouchement semble être un critère majeur influençant la reprise de la sexualité en post-partum prouvant notre hypothèse 5. Il serait alors pertinent d'interroger les femmes sur le vécu de leur accouchement et non seulement le déroulement de ce dernier. Nous avons également prouvé que la reprise des rapports sexuels n'était pas corrélée de manière significative à la présence ou non de sutures périnéales ni leur localisation. Toutefois, nous avons pu constater que la reprise des rapports sexuels était plus effective chez celles ayant eu un périnée intact et une épisiotomie que celles ayant eu des déchirures au niveau du vagin, périnée, région vestibulaire et lésion obstétricale du sphincter de l'anus.

Cela nous force à constater que les femmes ayant eu une déchirure importante appréhendent moins la douleur que celles ayant eu des déchirures simples. Notons tout de même que de nombreuses femmes lors de cette étude s'interrogent sur la cicatrisation périnéale en rapport avec la reprise des rapports sexuels.

Souvent, comme nous avons pu le voir en pratique et dans cette étude, les femmes disent ne pas connaître l'étendue de leurs déchirures ni leur localisation exacte et posent rarement la question aux professionnels de santé. Environ 26,8% des participantes ont admis ne pas savoir la localisation de leurs sutures périnéales.

Nous pouvons supposer qu'une information trop succincte sur l'état du périnée permet de moins appréhender la reprise des rapports pénétrants. A l'inverse, nous nous demandons si la connaissance optimale du corps permet un meilleur contrôle de la sexualité et ainsi la reprise de cette dernière en post-partum. Selon mon expérience personnelle, une majorité de femmes semblent avoir une connaissance limitée de leurs propres corps. Souvent, les femmes découvrent l'existence du périnée lors des séances de rééducation périnéale. Il serait alors intéressant de promouvoir et développer les actions voués à l'information et l'éducation à la sexualité.

Seulement 34% d'entre elles ont repris les rapports au moment de la visite post-natale avec un délai moyen de 4,5 semaines pour celles ayant repris une sexualité active.

Cela pose la question du caractère pertinent d'aborder la sexualité du post-partum lors de la visite post-natale. En effet, pour celles n'ayant pas repris les rapports, il n'y a pas assez de recul afin de dépister d'éventuels troubles sexuels, sauf si ces troubles sont la raison de la non reprise des rapports sexuels.

De plus, l'étude précédant la nôtre interrogeant les femmes pendant le séjour à la maternité avait permis de montrer qu'environ un tiers des participantes souhaitaient des informations sur la sexualité plus à distance de l'accouchement.

Malgré ces résultats, notre étude a pu révéler que certaines femmes estimaient qu'il était encore trop tôt pour évoquer la sexualité du post-partum même si la majorité d'entre elles soit 63,7% pensent que la visite post-natale est un moment propice pour l'aborder.

Selon elles, la relation avec la sage-femme est une relation privilégiée qui permet d'approcher la plus grande intimité des femmes. Elles ont ajouté que la visite post-natale se situe à distance suffisante de l'accouchement.

Le rôle de la sage-femme est donc primordial dans le dépistage des troubles de la sexualité en post-partum.

En effet, la visite post-natale constitue le dernier moment charnière du suivi de la grossesse permettant de dépister les vulnérabilités chez un plus grand nombre de femmes.

Nous savons que les séances de rééducation périnéales, se déroulant après la visite post-natale aux alentours de six à huit semaines du post-partum, offrent un meilleur recul pour les femmes concernant la reprise de leur sexualité.

Néanmoins elles ne permettent pas un dépistage global des vulnérabilités concernant la sexualité du post-partum puisqu'elles ne sont pas pratiquées par toutes les accouchées.

A la fin de notre questionnaire, nous avons proposé aux participantes de soumettre des idées concernant l'amélioration de l'accompagnement à la sexualité du post-partum par les sages-femmes.

Une participante a indiqué que la sage-femme réalisant son suivi de grossesse avait dédié une séance de préparation à la naissance à la sexualité pendant la grossesse et en post-partum.

Elle a déclaré que cette séance, réalisée en amont, constituait un moment idéal pour parler de sexualité car cela lui permettait, selon elle « d'anticiper les conséquences de l'accouchement sur le désir sexuel ainsi que les difficultés sexuelles pouvant survenir ». Elle a précisé avoir préféré parler de sexualité avant l'accouchement car « après l'accouchement, de nombreuses autres préoccupations viennent mettre de côté le sujet de la sexualité ».

Ce commentaire est très intéressant car en effet le fait d'aborder la sexualité en période pré-natale permet aux femmes de connaître les modifications physiologiques survenant après l'accouchement ce qui peut leur donner les clés pour mieux les appréhender, les reconnaître et les maîtriser.

Néanmoins, parler de sexualité pendant la grossesse offre une information à la femme mais ne permet pas de dépister les troubles de la sexualité à l'instant T comme lors de la visite post-natale et ainsi le dépistage des vulnérabilités relatives à la sexualité ne peut être efficace.

Nous pouvons affirmer que la satisfaction sexuelle se détériore en post-partum par rapport à la période de la grossesse prouvant ainsi notre hypothèse 3.

Le désir sexuel était diminué par rapport à la grossesse pour la majorité des primipares interrogées soit 78%. Les participantes ont déterminé que les critères les plus délétères pour la reprise des rapports sexuels en post-partum sont la fatigue, la baisse du désir sexuel et l'indisponibilité mentale et physique. Nous pouvons supposer que la préoccupation maternelle primaire et l'appréhension des dyspareunies peuvent constituer des facteurs influençant la reprise de la sexualité en post-partum.

Par ailleurs, l'étude a démontré que la seule présence de troubles sexuels n'incite pas plus les femmes à vouloir aborder la sexualité que celles n'ayant pas de difficultés sexuelles.

Toutefois, les femmes ayant des vulnérabilités relatives à la sexualité en post-partum, telles qu'une mauvaise image de soi, une forte appréhension de la douleur, une faible désirabilité vis-à-vis de soi et du conjoint, un faible niveau d'intimité dans le couple et un degré plus élevé de dépression du post-partum souhaitent plus aborder la sexualité en post-partum que celles étant moins vulnérables quant à leur sexualité. Ainsi il existe une corrélation entre le souhait d'aborder la sexualité lors de la visite post-natale et :

- Faible image de soi
- Faible désirabilité vis-à-vis de soi
- Faible désirabilité vis-à-vis du partenaire
- Faible degré d'intimité dans le couple
- Forte appréhension de la douleur, des dyspareunies
- Degré élevé de dépression du post-partum

De manière générale, la majorité des participantes interrogées, soit 76,5% souhaitent que la sexualité soit abordée lors de la visite post-natale affirmant notre première hypothèse d'autant plus que 75,8% d'entre elles affirment avoir des interrogations concernant la sexualité du post-partum.

Leurs interrogations concernaient notamment :

- Les dyspareunies
- Les lochies
- La compatibilité des rapports sexuels pénétrants et les sutures périnéales
- La chute hormonale et les conséquences
- La baisse du désir sexuel
- Le délai de retour de couches
- Le délai de reprise des rapports sexuels
- Le relâchement périnéal et les sensations pour le conjoint
- La stimulation de la désirabilité vis-à-vis du conjoint
- Les sensations coïtales après l'accouchement

Ces interrogations sont cohérentes avec les sujets qu'elles souhaiteraient être abordés lors de la consultation post-natale :

- Désir sexuel
- Fuites urinaires et relâchement périnéal
- Sensations coïtales en post-partum
- Reprise des rapports
- Chute hormonale
- Contraception
- Stimulation de la désirabilité vis-à-vis du conjoint
- Désirabilité vis-à-vis de soi
- Préservation de l'intimité du couple
- Cicatrisation périnéale et rapports sexuels pénétrants
- Lochies et retour de couches

Pourtant, la sexualité du post-partum a été abordé pour seulement une minorité d'entre elles soit 44% dont pour 32% des cas par la sage-femme et à l'initiative de la patiente dans 12% des cas ce qui affirme notre hypothèse 2.

Une majorité de participantes estiment qu'il est important selon elles d'aborder la sexualité en post-partum avec un score moyen de 6 sur 10 points. De la même façon, elles ont estimé que la reprise de la sexualité en post-partum était plutôt importante avec un score moyen de 1,12 sur 2 points. Cela prouve tout l'enjeu de la prise en charge de la sexualité par les sages-femmes en post-partum.

Un nombre conséquent de participantes estiment avoir un trouble de la sexualité depuis leur accouchement, à hauteur de 63,7% pourtant seulement 24,4% d'entre elles les ont exprimés auprès d'un professionnel de santé.

Pour celles ne les ayant pas exprimés, elles se justifient par un manque de temps pendant la consultation à 18%, une gêne à 52%, qu'il est trop tôt dans la période du post-partum pour en parler à 9%, d'autant que comme précisé précédemment, nombre des primipares interrogées n'ont pas repris les rapports.

Enfin, certaines affirment que les séances de rééducation périnéales sont un moment plus judicieux pour aborder la sexualité du post-partum bien que, nous l'avons vu, elles ne touchent pas le plus grand nombre de femmes.

Les ressources utilisées par les primipares afin d'obtenir des réponses à leur interrogations ont été en majorité Internet à hauteur de 75,5% qui, on le sait, ne délivre pas toujours d'informations justes et adaptées, l'entourage amical, le partenaire sexuel et l'entourage familial. Cela renforce l'importance du rôle de la sage-femme dans l'information et l'éducation à la sexualité.

Lorsque la sexualité était évoquée lors de la visite post-natale, les sujets abordés principalement étaient la contraception, les sutures périnéales, la rééducation du périnée et la reprise effective des rapports sexuels ou non.

On peut remarquer qu'aucune des interrogations des femmes précédemment soulevées n'ont été abordées en majorité.

Seulement 39,5% des femmes ont estimé avoir reçu une information suffisante claire et adaptée quant à la sexualité du post-partum lors de la consultation post-natale soit 60,4% de femmes insatisfaites ce qui affirme notre hypothèse 4 stipulant que les femmes expriment un manque d'informations et d'accompagnement à la sexualité en post-partum par les sages-femmes.

Avec le constat suivant : les femmes ont des besoins et attentes quant à l'accompagnement des sages-femmes à la reprise de la sexualité en post-partum mais ne les expriment pas, les sages-femmes abordent peu la sexualité en post-partum de façon spontanée et systématique, une majorité de femmes sont insatisfaites des informations reçues concernant la sexualité et aimeraient l'aborder en post-partum, nous pouvons dire qu'il est pertinent d'introduire la sexualité dans l'anamnèse établie de la consultation post-natale, si toutefois les sages-femmes se sentent à même d'avoir les compétences et outils pour les accompagner.

Concernant l'accompagnement proposé par les sages-femmes, environ 3,3% de femmes se sont vu proposer de réaliser une consultation ultérieure avec la sage-femme dédiée à la sexualité dont 1,1% en présence du conjoint. La rééducation périnéale semble se démocratiser avec 60,4% de femmes ayant des séances prévues ultérieurement. Environ 3,3% des femmes ont été redirigées vers un(e) sexologue, 1,1% vers un(e) sophrologue.

Afin d'appuyer l'hypothèse 4, 53,85% des participantes estiment que le contenu de la visite post-natale n'a pas répondu à leurs attentes concernant l'accompagnement à la reprise de la sexualité en post-partum.

Par ces résultats, nous avons pu constater que la sexualité semble encore difficile à évoquer tant par les femmes que les sages-femmes.

Les sages-femmes, de manière générale, parlent facilement de sexualité avec les couples et n'a pas de tabou à ce sujet mais toutes ne l'abordent pas de manière systématique d'autant plus si la femme ne sollicite pas la sage-femme avec ses interrogations. Pour les femmes, nous avons pu relever qu'une gêne est prépondérante à l'idée d'évoquer la sexualité du post-partum. Comment briser le silence afin de répondre aux attentes des femmes ?

Nous avons vu par cette étude que les sages-femmes en maternité abordent la reprise de la sexualité de façon très médicalisée : cicatrisation périnéale, prévention infectieuse, rééducation périnéale, contraception... En effet, les troubles d'ordre pathologiques sont maitrisables par la sage-femme tandis que la profession ne forme pas nécessairement sur le caractère psychologique et érotique de la sexualité.

Cela pourrait expliquer le caractère hésitant de la sage-femme à aborder la sexualité suivant un terrain inconnu. Le manque de connaissances et d'axes de prise en charge ne permet pas un accompagnement optimal et global des femmes. En effet, l'intégration de la sexologie dans nos

études est assez récente, depuis 1985 selon un arrêté écrit, bien plus tard en pratique. Il serait alors intéressant d'interroger les sages-femmes concernant leur ressenti sur la prise en charge de la sexualité. Est-ce qu'elles y portent un intérêt ? Sont-elles même conscientes des interrogations des femmes et de l'enjeu de l'accompagnement à la reprise de la sexualité en post-partum ?

Il serait alors pertinent d'offrir la possibilité aux sages-femmes d'avoir accès à des formations sur le suivi gynécologique de façon plus approfondie et la sexologie sur le principe de la formation continue afin d'améliorer notre prise en charge et pratique professionnelle dans le but d'une prise en charge globale de la santé des femmes.

N'oublions pas les hommes, qui sont indispensables à la prise en charge de la sexualité. Qu'en pensent-ils ? Ils sont tout autant concernés que les femmes et pourtant restent très peu sollicités par nos études. Il serait alors intéressant de se pencher sur leur point de vue et leur vécu de la période du post-partum.

8. CONCLUSION

Les sages-femmes sont des acteurs clés dans l'accompagnement global des femmes tout au long de leur vie génitale. En effet, elles mettent à profit, auprès des femmes, leurs compétences d'écoute, d'information, d'éducation, de prévention et de promotion de la santé sexuelle et globale.

Le métier de sage-femme s'inscrit au cœur de la vie intime des femmes et pourtant le silence règne concernant la sexualité des femmes.

Nous l'avons vu, la sexualité du post-partum représente un réel enjeu de santé publique puisque de nombreuses femmes n'ont pas vus leurs besoins et leurs attentes satisfaits lors de la visite post-natale malgré leurs interrogations multiples et leurs confrontations à des difficultés sexuelles sans précédents.

Ces mêmes femmes qui n'osent pas toujours aborder le sujet, aimeraient que la sexualité soit abordée lors de la visite post-natale.

Nous avons montré par cette étude que la sexualité du post-partum était peu abordée tant par les femmes que les sages-femmes alors que les primipares interrogées expriment un manque d'informations et d'accompagnement par les sages-femmes concernant la sexualité du post-partum lors de la consultation post-natale.

Nous avons également vu que le délai de reprise des rapports était notamment influencé par le vécu de l'accouchement et non la présence de sutures périnéales, le premier étant peu abordé par rapport cette dernière.

La prévention et le dépistage des vulnérabilités liés à la sexualité ainsi que l'accompagnement à une sexualité épanouissante doivent être efficaces par les sages-femmes afin d'améliorer la santé sexuelle des femmes et ainsi les considérer dans leur globalité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] OMS. Santé sexuelle [Internet]. 2002 (consulté le 05/02/2020). Disponible sur : https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- [2] Toesca C. Sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant : étude auprès de 75 primipares : quel impact de la naissance sur la sexualité féminine [En ligne]. Janvier 2018 (consulté le 12/11/2020). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690217/document>
- [3] Floquet A. Sexualité du post-partum : être mère et rester femme [En ligne]. 2003 (consulté le 01/02/20). Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01894110/document>
- [4] CASSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. Janvier 2010 (consulté le 05/02/2020). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
- [5] Legifrance. Article L4151-1. Janvier 2016 (consulté le 05/02/2020). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031930152&cidTexte=LEGI TEXT000006072665&dateTexte=20160128>
- [6] CASSF. Après l'accouchement [Internet]. (Consulté le 05/02/2020). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/votre-sage-femme/competences/apres-laccouchement/>
- [7] Goubet L. Anatomie et physiologie de la réponse sexuelle chez la femme. [Cours dispensé à l'école de sage-femme de Metz]. Octobre 2020.
- [8] OHL J. Anatomie et physiologie sexuelle de la femme [Internet]. (Consulté le 21/12/2020) Disponible sur : http://www.cgoa.fr/a_anatomie-feminine_ohl.pdf
- [9] Chevret-Masson M. Anatomie et physiologie de l'appareil sexuel féminin. [En ligne] Novembre 2012 (consulté le 15/10/2020). Disponible sur : <https://sexoblogue.fr/cours-de-sexologie/la-sexualite-normale/biologie-de-la-sexualite/anatomie-et-physiologie-feminine>
- [10] Meyer S, Salchli F, Bettaieb H et al. La réponse sexuelle périphérique : de l'urogynécologie à la sexologie [Internet]. Décembre 2015 (consulté le 11/11/2020). Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-498/la-reponse-sexuelle-peripherique-de-l-urogynecologie-a-la-sexologie>
- [11] Zwang G. L'anatomie du clitoris, un objet récurrent de controverses. Sexologies. Septembre 2020. Vol 29, n°3, pages 101-104. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1158136020300566>
- [12] CNGOF. Physiologie du rapport sexuel. [Internet] Mai 2016 (consulté le 29/10/2020). Disponible sur : <http://www.cngof.fr/la-sexualite/115-patientes/109-sexualite>
- [13] Dubois M. Les modifications de la vulve au cours de l'activité sexuelle [Internet]. Juin 2020 (consulté le 3/01/2021) Disponible sur : <https://sexoblogue.fr/modifications-vulve-pendant-rapport-sexuel>

- [14] AFU. Anatomie et physiologie de la sexualité [Internet]. 2013 (consulté le 23/11/2020). Disponible sur : <https://www.urologie-sante.fr/base-bibliographique/anatomie-et-physiologie-de-la-sexualite>
- [15] Ortigue S ; Bianchi-Demicheli F. Interactions entre excitation et désir sexuel : des relations interpersonnelles aux réseaux neuronaux. RevMed Suisse. 2007 ; vol 3.32133. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-104/32155>
- [16] Bianchi-Demicheli F ; Ammar N ; Bolmont M ; et al. Une approche neurobiologique, psychologique et sociologique du désir sexuel et de la satisfaction sexuelle. Rev Med Suisse. 2016 ; vol 12 :551-555. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-510/Une-approche-neurobiologique-psychologique-et-sociologique-du-desir-sexuel-et-de-la-satisfaction-sexuelle>
- [17] Ouzaid I ; Giuliano F. La sexualité normale et ses troubles [internet]. Association française d'urologie. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/sexualite-normale-et-ses-troubles.html>
- [18] Bastide R. Sexualité et société. 1995. p 211-244. Disponible sur : <https://www.cairn.info/sociologie-et-psychanalyse--9782130470175-page-211.htm>
- [19] Flaumenbaum D. Femme désirée, femme désirante. PAYOT. Avril 2006.
- [20] Page M. Au-delà de la pénétration. Monstrograph. Février 2019.
- [21] Sanfilippo E. Sexualité pendant la grossesse : regards croisés dans le couple. Gynécologie et obstétrique. 2017. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01583051/document>
- [22] Medico D. Sexualité, grossesse et post-partum [Internet]. (Consulté le 01/02/20). Disponible sur : https://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Pdf/Sexualite_grossesse_postpartum.pdf
- [23] Hostachy F. Etat des lieux de la prise en charge sexologique des femmes en post-partum : étude descriptive auprès des professionnels de santé du département du Puy de Dôme [Internet]. Novembre 2015 (consulté le 07/02/2020). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01082057/document>
- [24] Foucault C. Évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels [Internet]. Avril 2011 (consulté le 02/02/20). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620267/document>
- [25] Fargis E. Reprise des rapports sexuels dans le post-partum : appréhension et informations des primipares [Internet]. Février 2017 (consulté le 29/01/20). Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20111677/2017MFASMA7060/fichier/7060F.pdf>
- [26] CNGOF. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum [Internet]. (Consulté le 05/02/2020). Disponible sur : <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-42.html>
- [27] Hirt C. La baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement : analyse de la construction d'un problème social [Internet]. Octobre 2005 (consulté le 09/02/2020). Disponible sur : <https://pepitem-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/d05ff427-a908-4f6d-83fe-90bfc0a4fb56>

- [28] McDonald E, Woolhouse H, Brown S. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth [En ligne]. Sep 2017 (consulté le 13/12/2020). Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942215/>
- [29] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth : a metacontent analysis of 59 studies [En ligne]. Sep 1999 (consulté le 10/01/2021). Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10511419/>
- [30] Chevret-Measson M. Les troubles du désir et de l'excitation chez la femme. [En ligne] Octobre 2013. Disponible sur : <https://sexoblogue.fr/cours-de-sexologie/les-dysfonctions-sexuelles/dysfonctions-sexuelles-feminines/troubles-desir-excitation-femme>
- [31] Goubet L. Troubles de la sexualité. Octobre 2020. Cours dispensé à l'école de Sages-femmes de Metz.
- [32] Goubet L. Santé sexuelle et post-partum : A la maternité, quelles sont les préoccupations maternelles ? Mémoire de sage-femme. Université de Lorraine ;2018.
- [33] CNGOF. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum [Internet]. Consulté le 05/02/2020. Disponible sur : <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-42.html>
- [34] Pfersdorff A. Accouchement : quelle sexualité juste après ?[Internet] Mars 2019 (consulté le 29/01/20). Disponible sur : <http://www.pediatre-online.fr/environnement/accouchement-sexualite-apres/>
- [35] Dennis C. Psychosocial and psychological interventions for preventing post-partum depression. Feb 2013 (consulté le 08/02/2020). Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/full?highlightAbstract=partum%7Cpost%7Cwithdrawn>
- [36] Lemesre V. Prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum auprès des médecins généralistes du littoral Nord et Pas-de-Calais. Septembre 2018 (Consulté le 09/02/2020). Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/d05ff427-a908-4f6d-83fe-90bfc0a4fb56>
- [37] Groman E. Comment parler de la sexualité après l'accouchement. Vocation sage-femme. Mars avril 2016 ; n°119.
- [38] Ordre des sages-femmes. Les compétences de la sage-femme. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/>

ANNEXES

Annexe I : Figure 1

Annexe II : Figure 2

Annexe III : Figure 3

Annexe IV : Figure 4

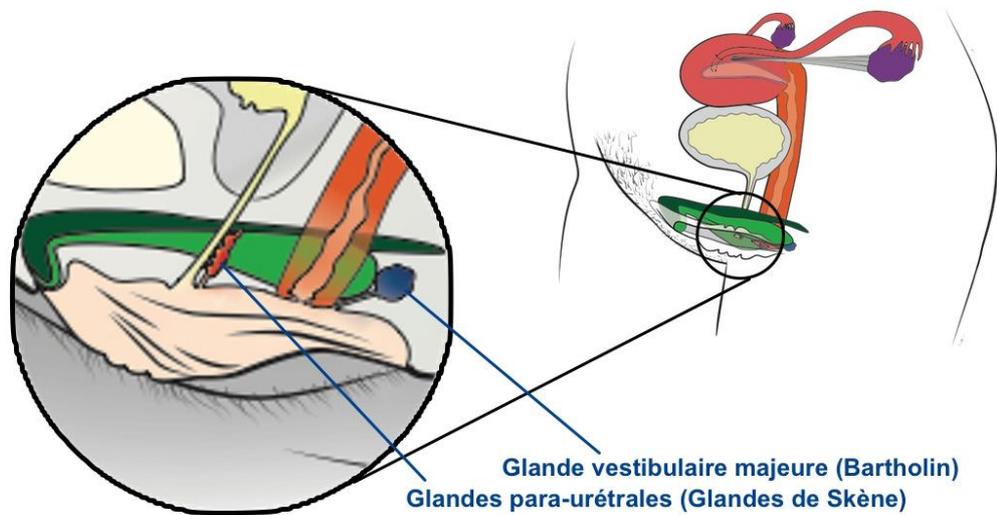
Annexe V : Figure 5

Annexe VI : Figure 6

Annexe VII : Questionnaire

ANNEXE II : FIGURE 2

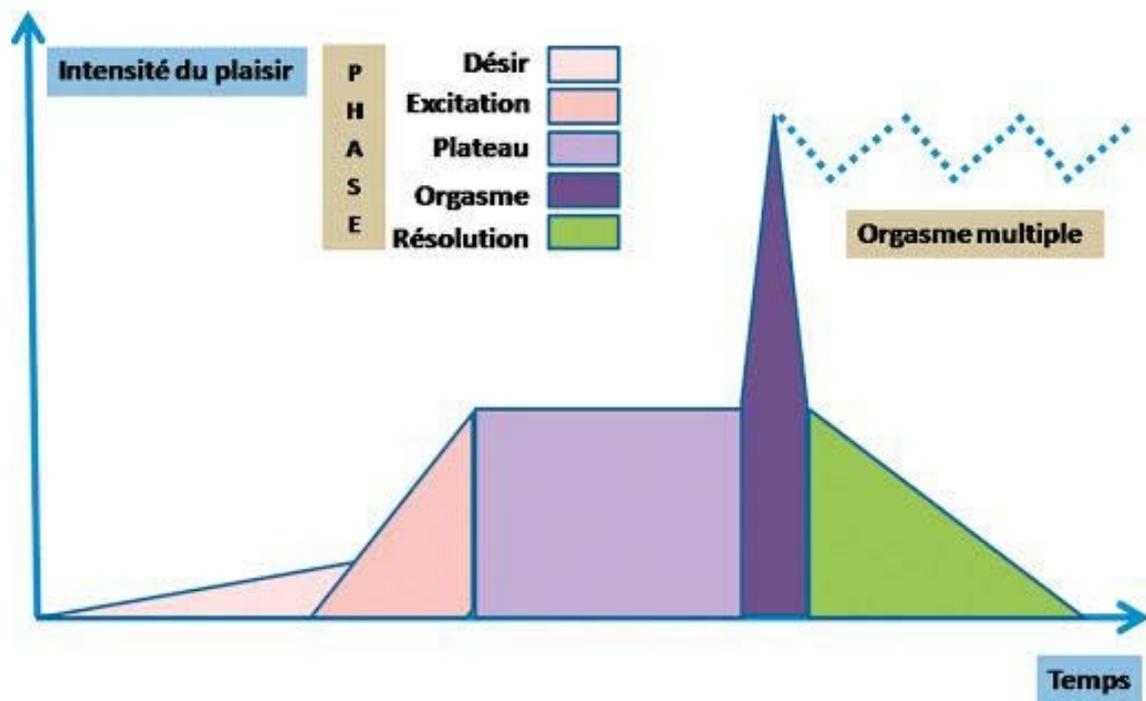
Figure 2 : Positions des glandes vestibulaires majeures et para-urétrales [9]



Schemas © 2019 R. Dewaele (Bioscope, Unige), J. Abdulcadir (HUG), C. Brockmann (Bioscope, Unige), O. Fillod, S. Valera-Kummer (DIP), www.unige.ch/ssi

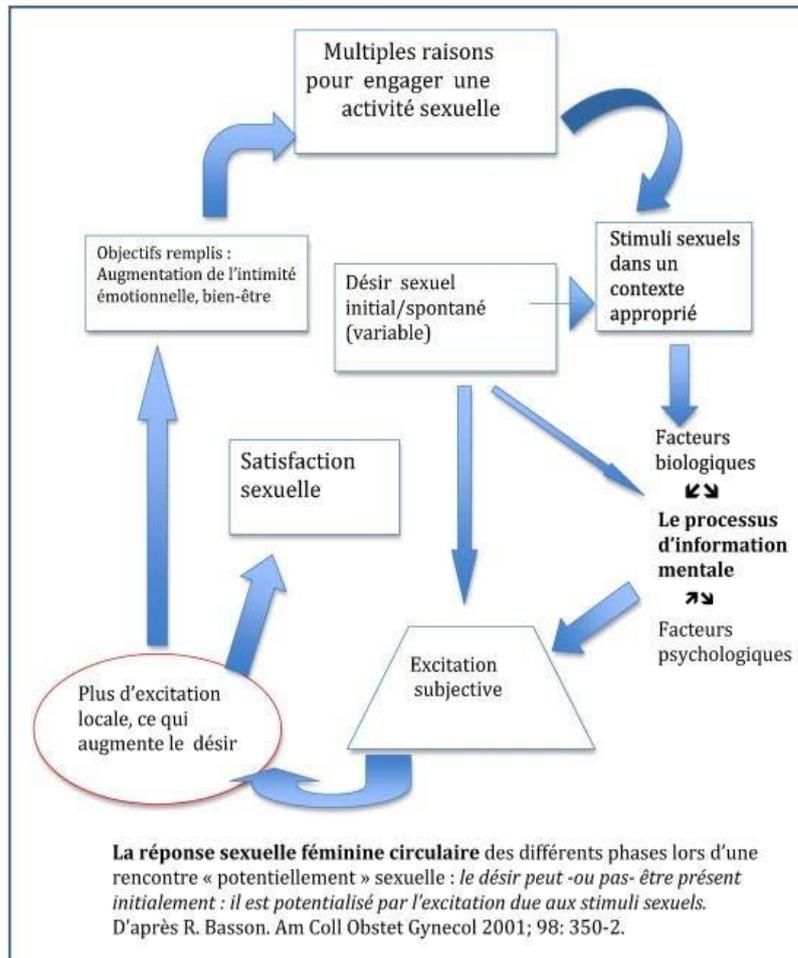
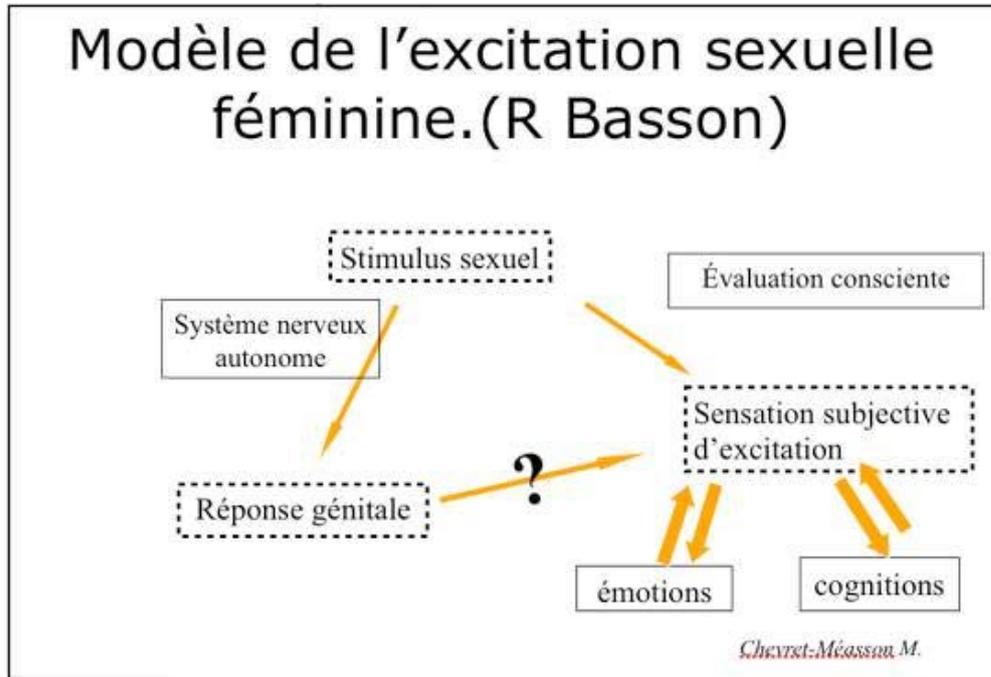
ANNEXE III : FIGURE 3

Figure 3 : Physiologie de la réponse sexuelle normale [39]



ANNEXE IV : FIGURE 4

Figure 4 : Réponse sexuelle féminine circulaire d'après Rosemary Basson [14]



ANNEXE V : FIGURE 5

Figure 5 : Neuromédiateurs impliqués dans réponse sexuelle cérébrale [14]

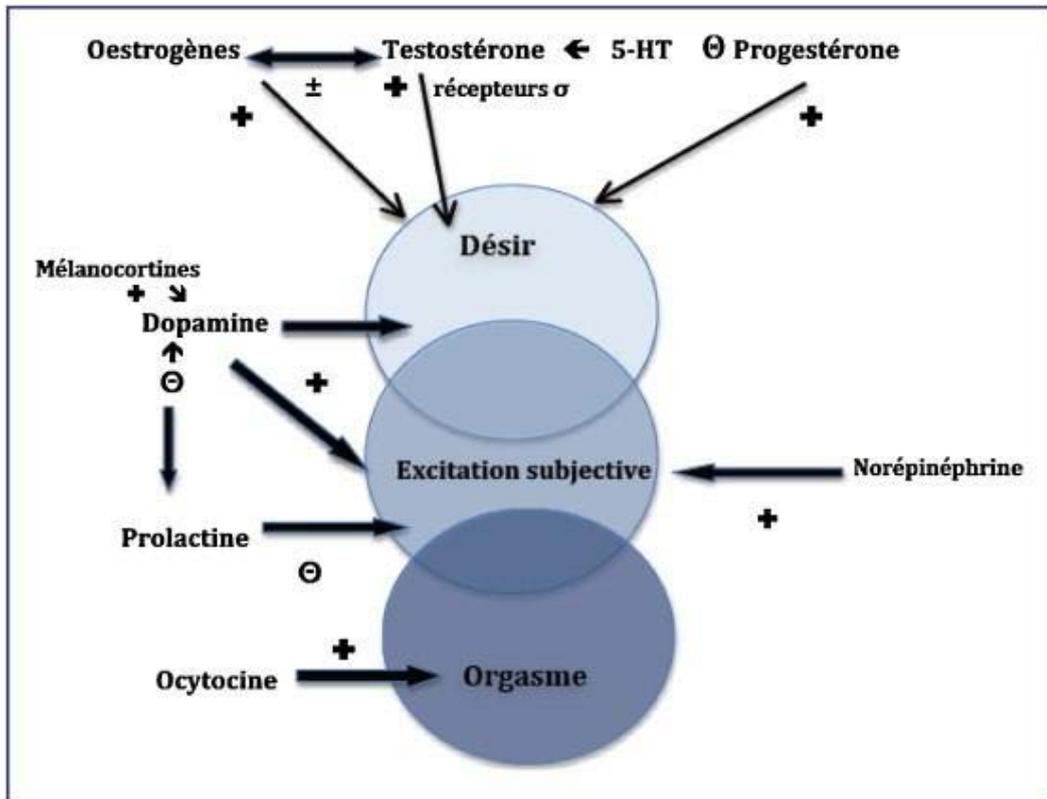
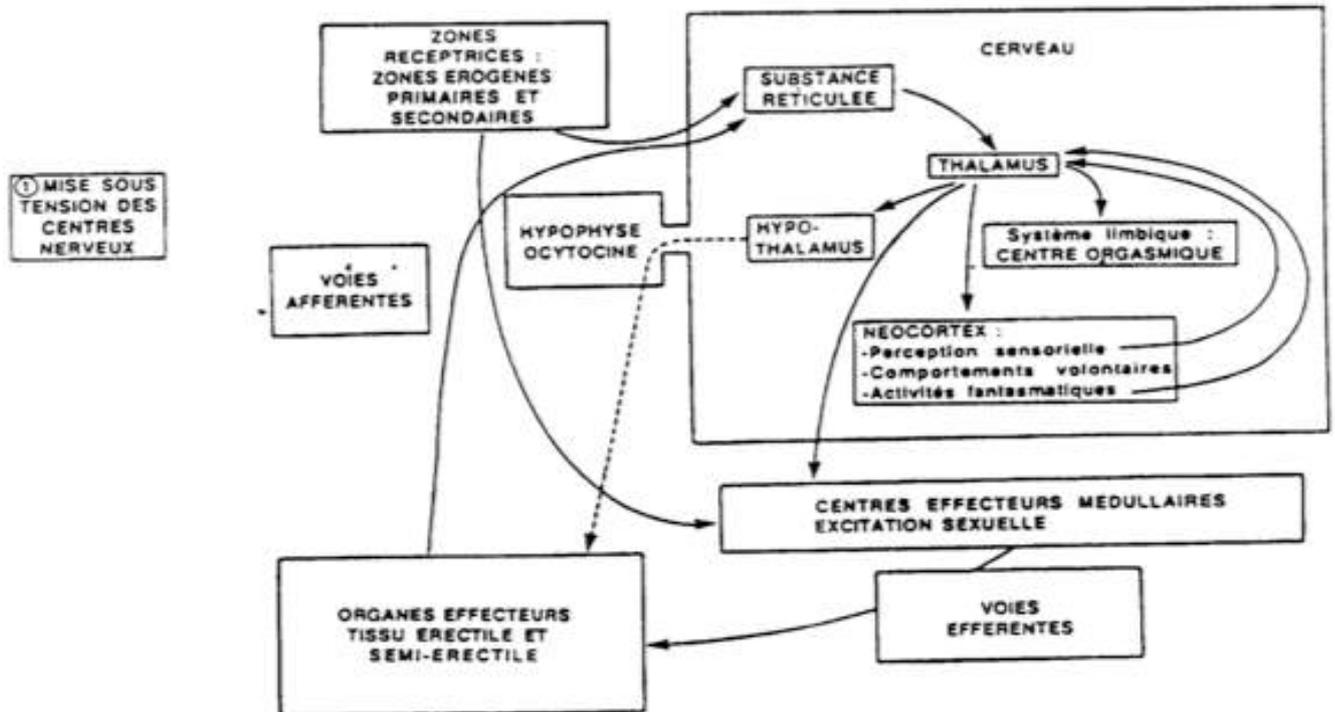


Figure 6 : Circuit nerveux de l'excitation sexuelle [14]

Circuit nerveux d'excitation sexuelle

d'après JC CZYBA



ANNEXE VII : QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE :

SEXUALITE DU POST-PARTUM

- MEMOIRE DE SAGE-FEMME -

Enquête : État des lieux de l'accompagnement des sages-femmes auprès des primipares concernant la sexualité du post-partum lors de la visite post-natale.

Bonjour, je m'appelle Axelle et je suis étudiante en dernière année d'étude de sage-femme. Je réalise une enquête afin d'observer quel est l'accompagnement des primipares par les sages-femmes concernant la sexualité après l'accouchement.

Ce questionnaire concerne exclusivement les femmes ayant accouché pour la première fois.

Le questionnaire est anonyme et prend entre 5 et 8 minutes, je vous remercie vivement de l'attention portée à mon enquête ! Les questionnaires seront détruits après l'exploitation des données.

Avant de commencer, voici quelques définitions en sexologie :

- Désir sexuel : Recherche d'accession à un objet de "plaisir". Anticipation mentale positive d'un rapprochement sexuel. C'est un phénomène mental.
- Excitation sexuelle : État provoqué par des changements physiologiques : lubrification vaginale, érection du clitoris... due à des stimulations physiques ou psychologiques
- Plaisir sexuel : Satisfaction sexuelle ou sensuelle, jouissance, plaisir de la chair. Sensation de plénitude, d'accomplissement de résolution d'une tension intérieure agréable
- Épanouissement sexuel : prise de contrôle positive sur son corps, son vécu physique et liberté au regard de ce que chacun souhaite pour lui/elle en termes de pratique sexuelle. En accord/harmonie avec soi-même dans sa vie sexuelle.

1. Quel âge avez-vous ?

2. Avez-vous un(e) partenaire sexuel(le) actuellement ?
 - Oui
 - Non (*L'enquête s'arrête ici, je vous remercie !*)

3. Qui a réalisé le suivi de votre grossesse ?
 - Gynécologue
 - Sage-femme
 - Autre :

4. Avez-vous été hospitalisée (hôpital ou HAD) pendant la grossesse ? Si oui, pourquoi ?
(*Exemples : hypertension artérielle, pré éclampsie, diabète gestationnel, menace d'accouchement prématuré...*)
 - Oui :.....
 - Non

5. Avez-vous accouché à terme ? (Au-delà de 37 semaines d'aménorrhée)
 - Oui
 - Non (*l'enquête s'arrête ici pour vous, merci beaucoup pour vos réponses !*)

6. Comment avez-vous accouché ? (En cas de grossesse gémellaire, veuillez le préciser entre parenthèses)
 - Accouchement normal voie basse
 - Accouchement avec ventouse
 - Accouchement avec forceps (ou spatules)
 - Accouchement avec ventouse et forceps
 - Césarienne programmée (veuillez préciser le motif de la césarienne programmée si possible) :
 - Césarienne en urgence (veuillez précisez si possible) :

7. Était-ce un début de travail :
 - Spontané
 - Déclenché

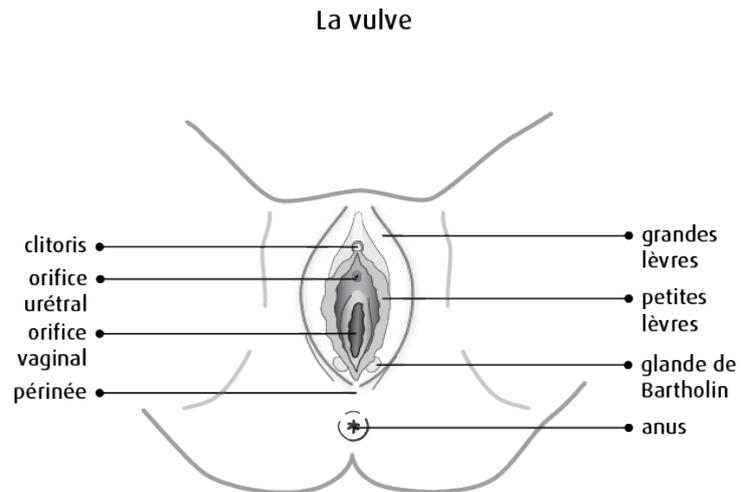
8. Avez-vous bénéficié de la péridurale ?
 - Oui
 - Non → par choix : Oui / Non

9. Avez-vous eu des sutures périnéales ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si oui, quelles zones ont été suturées ? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses ou entourer directement sur le schéma)

- Région vestibulaire (petites lèvres, méat urinaire, clitoris)
- Vagin (interne)
- Périnée
- Sphincter anal touché
- Épisiotomie
- Je ne sais pas



10. Avez-vous eu des conseils spécifiques indiquant un délai concernant la reprise des rapports sexuels pénétratifs ou non pénétratifs ?

11. Comment considérez-vous le vécu de votre grossesse ?

- Très bon
- Bon
- Mauvais
- Très mauvais

12. Comment considérez-vous le vécu de votre accouchement

- Très bon
- Bon
- Mauvais
- Très mauvais

13. Avez-vous été hospitalisée après l'accouchement ?

- Oui
- Non

14. Votre enfant a-t-il été hospitalisé après la naissance ?

- Oui
- Non

15. Allaitiez-vous :

- Au sein
- Au biberon
- Mixte

16. Selon vous, la reprise de la sexualité qu'elle soit pénétrative ou non pénétrative après l'accouchement est :

- Sans importance
- Important
- Très important

17. Au cours de votre séjour à la maternité avez-vous reçu une information concernant la sexualité du post-partum ? Par quel professionnel de santé ?

- Oui
- Non

18. Si oui à la question 17, pouvez-vous préciser les informations délivrées (brièvement/sous forme de tirets) ?

-
-
-
-
-

19. Entourez ce qui selon vous définit la satisfaction sexuelle (jusqu'à 3 réponses possibles) :

- | | |
|------------------------------------|---|
| • Plaisir sexuel coïtal | • Union émotionnelle avec le partenaire |
| • Intimité du couple | • Intensité du désir sexuel |
| • Fréquence des rapports sexuels | • Connaissance de son corps |
| • Qualité des rapports sexuels | • Se sentir désirée |
| • Orgasme | • Épanouissement personnel |
| • Réalisation de fantasmes sexuels | • Rapports pénétratifs et/ou non pénétratifs (caresses, masturbation de l'autre...) |
| • Rapports sexuels pénétratifs | • Autre : |

20. Comment qualifieriez-vous votre sexualité pendant la grossesse ?

- Insatisfaisante
- Peu satisfaisante

- Satisfaisante
- Très satisfaisante

21. Comment qualifieriez-vous votre sexualité actuellement ?

- Insatisfaisante
- Peu satisfaisante
- Satisfaisante
- Très satisfaisante

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

- Oui : rapports pénétratifs
- Oui : rapports non pénétratifs uniquement
- Non

23. Si oui à la question 16, combien de temps environ après l'accouchement ?

- 1 semaine - 4 semaines
- 2 semaines - 5 semaines
- 3 semaines - 6 semaines

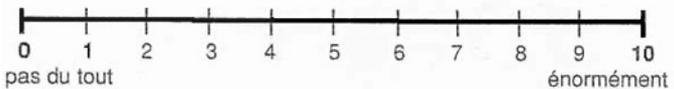
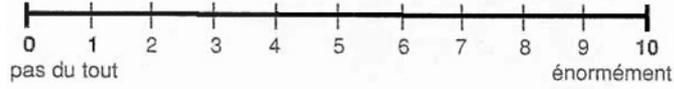
24. Avez-vous une contraception (pilule, implant, DIU, préservatifs...)?

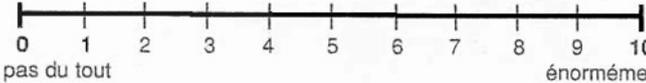
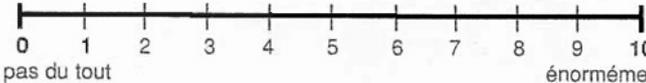
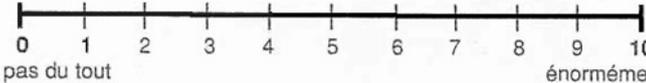
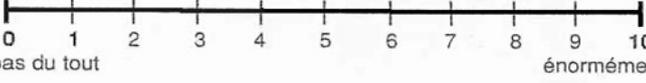
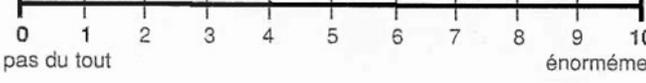
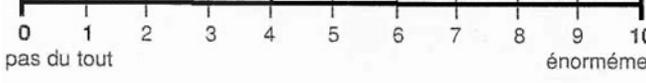
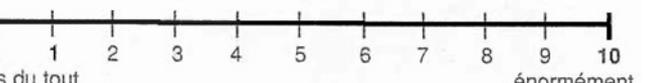
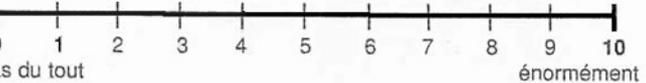
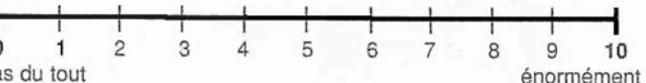
- Oui
- Non

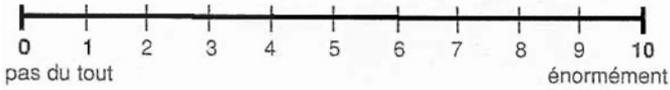
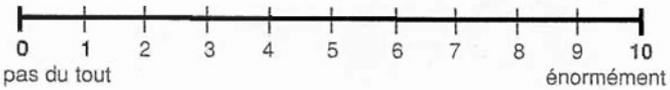
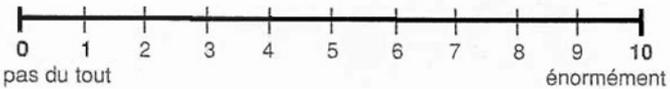
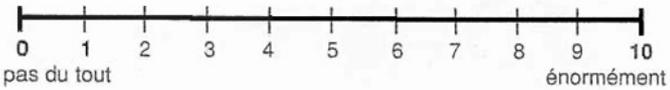
25. Depuis que vous avez accouché, votre désir sexuel est-il?

- Diminué
- Inchangé
- Augmenté

26. Parmi ces propositions, pourriez-vous évaluer de 0 à 10 selon votre ressenti actuel (0, absence, 10 exacerbé). Placez une croix sur l'échelle pour chaque proposition

<ul style="list-style-type: none"> • Désir sexuel 	
<ul style="list-style-type: none"> • Image de soi/ rapport au modifications corporelles 	

<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment amoureux 	
<ul style="list-style-type: none"> • Intimité dans le couple 	
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité mentale 	
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité physique 	
<ul style="list-style-type: none"> • Focalisation sur l'enfant 	
<ul style="list-style-type: none"> • Votre sentiment que votre partenaire est disponible physiquement 	
<ul style="list-style-type: none"> • Votre sentiment que votre partenaire est disponible émotionnellement/psychiquement 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de désirabilité vis à vis du (ou de la) partenaire 	
<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs périnéales 	

<ul style="list-style-type: none"> • Appréhension de la douleur lors des rapports pénétratifs 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue 	
<ul style="list-style-type: none"> • Dépression du post-partum 	
<ul style="list-style-type: none"> • Autre : 	

27. Quel est, selon votre expérience, le facteur ayant le plus de retentissement sur la reprise de la sexualité après l'accouchement (parmi les propositions de la question 26 ou autre)?
.....

28. Depuis votre accouchement, avez-vous des interrogations concernant votre sexualité ? Si oui, lesquelles ?

- Oui :.....
.....
.....
- Non

29. Depuis votre accouchement, pensez-vous avoir des troubles de la sexualité dans votre couple ? Si possible, veuillez préciser. (*Exemples : douleurs lors des rapports, vaginisme, éjaculation précoce ou retardée chez l'homme, absence de désir, troubles de l'excitation sexuelle, discordance de désir sexuel...*)

- Oui
- Non

30. Si oui à la question 28 ou 29, les avez-vous exprimés auprès d'un professionnel de santé ? **Si oui**, précisez le professionnel de santé (médecin traitant/ sage-femme...) **Si non**, pourquoi ?

- Oui :
- Non

Si non à la question 30, vous-êtes-vous renseignée auprès d'autres ressources (Internet, livre, documentation, entourage amical/familial, partenaire sexuel..)?

.....

31. Lors de la visite post-natale, la sage-femme vous a-t-elle invitée à parler de sexualité ?

- Oui
- Non

32. Avez-vous pris l'initiative de discuter de la sexualité lors de la visite post-natale ? Si non pourquoi ?

- Oui
- Non :

Si oui à la question 31 ou 32: quels sujets avez-vous abordé ?

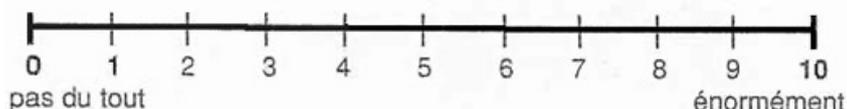
- Contraception
- Lochies (pertes sanguines)
- Délai de reprise des rapports sexuels
- Qualité des rapports sexuels
- Plaisir et sensations sexuelles
- Sutures périnéales
- Positions sexuelles
- Désir sexuel (ou libido)
- Méthodes pour construire/entretenir la désirabilité vis-à-vis de soi
- Méthodes pour construire/entretenir la désirabilité vis-à-vis du conjoint
- Dyspareunies (douleurs lors des rapports) et appréhension de la douleur
- Sécheresse vaginale et solutions
- Vie de couple et intimité
- Rééducation périnéale
- Autres :

.....
.....

Si non à la question 31 et 32, auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée ?

- Oui
- Non

33. A quel point, selon vous, est-il important d'aborder la sexualité du post-partum avec un professionnel de santé et notamment la sage-femme ?



34. Quels sujets aimeriez-vous aborder ?

- Contraception
- Lochies (pertes sanguines)

- Délai de reprise des rapports sexuels
- Qualité des rapports sexuels
- Plaisir et sensations sexuelles en post-partum
- Sutures périnéales
- Positions sexuelles
- Désir sexuel (ou libido)
- Méthodes pour construire/entretenir la désirabilité vis-à-vis de soi
- Méthodes pour construire/entretenir la désirabilité vis-à-vis du conjoint
- Dyspareunies (douleurs lors des rapports) et appréhension de la douleur
- Sécheresse vaginale et solutions
- Vie de couple et intimité
- Rééducation périnéale
- Autres :

35. En fonction de vos éventuels troubles sexuels et/ou interrogations, quel a été l'accompagnement proposé par la sage-femme ?

- Informations suffisantes lors de la visite post-natale
- Prochaine consultation avec la sage-femme dédiée à la sexualité du post-partum
- Consultation avec la sage-femme dédiée à la sexualité en présence du conjoint
- Rééducation périnéale axée sur les éventuels troubles sexuels
- Redirection vers un/une sexologue (précisez la raison si possible)
- Redirection vers un/une psychologue
- Redirection vers un/une thérapeute de couple
- Aucune de ces propositions
- Autre

36. Selon vous, avez-vous reçu une information claire, suffisante et adaptée concernant la sexualité du post-partum lors de la consultation post-natale ?

- Oui
- Non

37. Selon vous, la visite post-natale est-elle un moment propice pour parler de sexualité et dépister d'éventuelles dysfonctions sexuelles (dyspareunies, baisse de la libido...) ?

Pourquoi ?

- Oui :
.....
.....
- Non :.....
.....

38. En outre, la sage-femme a-t-elle répondu à vos attentes concernant l'accompagnement à la reprise de la sexualité en post-partum lors de la visite post-natale?

- Oui
- Non

39. Avez-vous quelque chose à ajouter ? (ou des propositions concernant l'accompagnement des sages-femmes à la sexualité du post-partum, des questions...)

Je vous remercie beaucoup pour l'attention et le temps consacrés à mon enquête !

État des lieux de l'accompagnement des primipares par les sages-femmes concernant la sexualité du post-partum lors de la visite post-natale

Étude épidémiologique descriptive quantitative et qualitative transversale multicentrique menée à partir de questionnaires semi-directifs auprès de 91 primipares de cabinets libéraux de la région Moselle de Janvier à Mars 2021

RESUME

Introduction : Selon l'OMS, la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé globale. Pourtant, aborder la sexualité reste encore tabou bien qu'omniprésente en périnatalité. La profession de sage-femme permet une approche de la vie intime des femmes et offre la possibilité de dépister les vulnérabilités dans la sexualité des couples. C'est pourquoi nous avons voulu étudier les besoins et attentes des primipares quant à l'accompagnement des sages-femmes lors de la visite post-natale concernant la sexualité du post-partum.

Méthode : Étude épidémiologique descriptive quantitative et qualitative transversale multicentrique menée à partir de questionnaires semi-directifs distribués lors de séances de rééducation périnéale auprès de 91 primipares de cabinets libéraux du département de la Moselle de Janvier 2021 à Mars 2021

Résultats : Sur les 91 participantes, 34% avaient repris les rapports au moment de la visite post-natale. La satisfaction sexuelle après l'accouchement était diminuée par rapport à la période de grossesse. Les sages-femmes n'abordaient pas la sexualité lors de la visite post-natale dans 70,3% des cas alors que 71% des primipares interrogées l'auraient souhaité. Les résultats montrent que le vécu de l'accouchement influence la reprise des rapports sexuels. Le souhait d'aborder la sexualité n'était pas lié à la seule présence de troubles sexuels. En outre, 63,7% des participantes ont estimé que la visite post-natale est un moment propice pour aborder la sexualité du post-partum.

Conclusion : La sexualité du post-partum représente un enjeu de santé publique. Le rôle de la sage-femme est primordial dans la promotion de la santé sexuelle et dans l'éducation à la sexualité auprès des femmes. Dépister les vulnérabilités liées à la sexualité, c'est considérer la femme dans sa globalité.

MOTS CLES : SEXUALITE, VISITE POST-NATALE, SAGE-FEMME, PRIMIPARE

ABSTRACT :

Introduction:

Context: According to the WHO, sexual health is an integral part of overall health. However, dealing with sexuality is still taboo although it is omnipresent in perinatal care. The profession of midwifery allows an approach to the intimate life of women and offers the possibility of detecting vulnerabilities in the sexuality of couples. This is why we wanted to study the needs and expectations of primiparous women regarding the support of midwives during the postnatal visit concerning postpartum sexuality.

Method: Quantitative and qualitative cross-sectional epidemiological study conducted using semi-directive questionnaires distributed during perineal re-education sessions to 91 primiparous women in private practices in the Moselle department from January 2021 to March 2021.

Results: Of the 91 participants, 34% had resumed intercourse at the time of the postnatal visit. Sexual satisfaction after childbirth was lower than during pregnancy. Midwives did not discuss sexuality at the postnatal visit in 70.3% of the cases, whereas 71% of the primiparous women interviewed would have liked to. The results show that the experience of childbirth influence the resumption of sexual relations. The desire to discuss sexuality was not related to the presence of sexual problems. Furthermore, 63,7% of participants considered that the postpartum visit is an appropriate time to discuss postpartum sexuality.

Conclusion: Postpartum sexuality is a public health issue. The role of the midwife is essential in promoting sexual health and in educating women about sexuality. Screening for vulnerabilities related to sexuality means considering the woman as a whole.

KEY WORDS : SEXUALITY, POSTNATAL VISIT, MIDWIFE, PRIMIPARA