



HAL
open science

Evaluation de la prise en charge des troubles sexuels féminins en période périnatale à la maternité de d'Arpajon de janvier à mars 2017

Marion Jooris

► To cite this version:

Marion Jooris. Evaluation de la prise en charge des troubles sexuels féminins en période périnatale à la maternité de d'Arpajon de janvier à mars 2017. Santé publique et épidémiologie. 2017. hal-04485097

HAL Id: hal-04485097

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04485097v1>

Submitted on 1 Mar 2024

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>



Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

**Evaluation de la prise en charge des troubles sexuels
féminins en période périnatale à la maternité de d'Arpajon
de janvier à mars 2017**

Mémoire

2016-2017

Soutenu en juin 2017

Mademoiselle JOORIS Marion

Maître de stage :

Madame MARTIN Nicole

Guidant universitaire :

Madame NITSCHELM Elina

Remerciements

Je tiens à remercier :

Madame NITSCHELM d'avoir accepté de diriger ce mémoire et de m'avoir consacré du temps pour me guider.

Madame MARTIN pour m'avoir accueilli et encadré tout au long de ce stage au sein de la maternité d'Arpajon.

Madame GRANELLI, sage-femme sexologue sur Arpajon, pour ses précieux conseils.

Un très grand merci aux sages-femmes professionnelles de la maternité d'Arpajon (91) qui, ayant accepté de répondre à mon étude, ont fait un immense travail. Sans leur collaboration, ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Merci également à toutes les femmes ayant répondu à mes questionnaires, que ce soit en pré ou en post-partum.

Enfin un merci tout particulier à mes proches qui m'ont toujours soutenu et encouragé au cours de la réalisation de ce mémoire.

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

Table des matières

Remerciements	2
Lexique	6
Introduction	7
1 - Contexte	8
1.1- Le concept de santé sexuelle	8
1.2 - Les troubles sexuels féminins	8
1.3 - Prévalence des troubles sexuels féminins	8
1.4 - Pourquoi les femmes ne consultent-elles pas ?	9
1.5- Caractéristiques des dysfonctions sexuelles féminines	9
1.5.1 - L'âge	9
1.5.2 - Le manque d'informations et de connaissances sur la sexualité	9
1.5.3 - Les caractères cliniques de la dysfonction	10
1.5.4 - Une dysfonction sexuelle reste rarement isolée	10
1.6 - Etiologies des troubles sexuels féminins	10
1.6.1 - Recherche d'une organicité.....	10
1.6.2 - Facteurs de risque	10
1.6.3 - Place de l'homme dans la sexualité féminine	11
1.7 - Diagnostic d'un trouble sexuel féminin	11
1.7.1 - L'évaluation sexoclinique	11
1.7.2 - Travail de la sage-femme.....	11
1.8 - Prévention des troubles sexuels féminins en période périnatale	11
1.8.1 - Sexualité du couple pendant la grossesse	12
1.8.1.1 - De la conception à 12 SA.....	12
1.8.1.2 - De la 12 ^{ème} à la 32 ^{ème} SA.....	13
1.8.1.3 - Le 8 ^{ème} mois.....	13
1.8.1.4 - Le 9 ^{ème} mois.....	14
1.8.2 - Sexualité et post-partum	14
1.8.2.1 - Eléments altérant la sexualité.....	14
1.8.2.2 - Quand refaire l'amour ?.....	15
1.8.2.3 - Comment refaire l'amour ?.....	15
1.9 - Conclusion	15
2 - Objectifs du stage	16
2.1 - Objectifs principaux	16
2.2 - Objectifs spécifiques	16
2.3 - Enjeux de la mission de stage	16
3 - Matériel et méthode	17
3.1- Type d'étude	17
3.2 - Population d'étude	17
3.2.1 - Les sages-femmes	17
3.2.2 - Les femmes	17
3.3 - Lieu d'étude	17
3.4 - Déroulement de l'étude	18
3.5 - Les biais de l'étude	18
3.5.1 - Du côté des sages-femmes	18
3.5.2 - Du côté des femmes	18
3.6 - Constitution des questionnaires	18
3.6.1 - Questionnaire à l'attention des sages-femmes.....	18
3.6.2 - Questionnaires à l'attention des femmes.....	19

3.7 - Mesure et analyse des résultats	19
3.8 - Aspect logistique	19
3.9 - Difficultés rencontrées	20
3.10 - Ressources matérielles	20
4 - Résultats.....	21
4.1 - Du côté des sages-femmes	21
4.1.1 - Qui sont ces sages-femmes ?.....	21
4.1.1.1 - Sexe, âge.....	21
4.1.1.2 - Formation en..sexologie.....	20
4.1.2 - La sexualité en période périnatale	21
4.1.3 - Prise en charge actuelle des troubles sexuels féminins	23
4.2 - Du côté des femmes.....	24
4.2.1 - Caractéristiques de la population d'étude	24
4.2.2 - Sexualité et maternité	25
4.2.3 - Sexualité et post-partum.....	25
4.2.4 - Intérêt d'une sage-femme sexologue	26
5 - Discussion.....	28
5.1 - Aborder la sexualité en période périnatale	28
5.1.1- Pourquoi aborder la sexualité ?.....	28
5.1.2 - Quand aborder la sexualité ?.....	29
5.1.3 - Comment aborder la sexualité ?.....	29
5.1.3.1 - Quelles sources ?.....	29
5.1.3.2 - Comment l'aborder ?	29
5.1.3.3 - Différents modèles	29
5.1.3.4 - A faire	30
5.2 - Propositions	30
5.2.1 - Propositions pour les professionnels de santé.....	31
5.2.2 - Propositions pour la sage-femme.....	31
5.2.3 - Autres propositions	32
5.2.4 - L'orientation pour une prise en charge de la femme ou du couple	33
5.3 - Axes d'amélioration pour la maternité d'Arpajon.....	33
5.3.1 - La mise en place de consultations "sexo" par une sage-femme sexologue	33
5.3.2 - La formation des professionnels de santé	34
Conclusion.....	34
Bibliographie.....	36
Annexes	38
Annexe 1 : Counseling sur la sante sexuelle offert par les medecins	38
Annexe 2 : Classification des troubles sexuels dans le DSM-III-R (1989)	39
Annexe 3 : Questionnaire l'attention des sages-femmes	40
Annexe 4 : Questionnaire à l'attention des gestantes	41
Annexe 5 : Questionnaire à l'attention des nouvelles accouchées.....	42
Annexe 6 : Questionnaire à l'attention des femmes à trois mois post-partum	42
Annexe 7 : Promotion de la santé sexuelle chez la femme enceinte	43
Annexe 8 : Les dyspareunies.....	44
Annexe 9 : Le vaginisme	45
Annexe 10 : Sexualité et grossesse	46
Résumé.....	47

Lexique

SA : Semaine d'Aménorrhée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PMA : Procréation Médicalement Assistée

DIM : Département d'Information Médicale

Introduction

La prise en charge des troubles sexuels féminins est assez récente. D'un point de vue sociétal et religieux, évoquer la sexualité des femmes, sans parler même de ses troubles, pouvait être jugé comme inconvenant : il aura fallu la révolution socioculturelle de la seconde moitié du XXe siècle et son cortège de bouleversements pour que les femmes occidentales obtiennent un véritable droit politique, professionnel et la possibilité d'épanouir leur sexualité. L'avènement d'une contraception efficace leur a également permis, au cours des consultations de gynécologie, d'évoquer les difficultés qu'elles pouvaient rencontrer dans le domaine d'une intimité longtemps interdite d'expression par le poids de tabous éducatifs. (1)

La prévalence importante des troubles sexuels féminins a été rapidement constatée ainsi que leurs nombreuses conséquences délétères pour les femmes et les couples. Les étiologies de ces troubles sont presque toujours multiples et leurs traitements longs et délicats. Pour autant, la souffrance qu'ils génèrent justifie très certainement de continuer à augmenter le nombre de soignants qualifiés en la matière. (1)

L'OMS reconnaît que la santé sexuelle est un sujet de santé publique et qu'elle doit être soutenue par des programmes d'interventions éducatives et préventives. Les professionnels de santé, et notamment les sages-femmes sont concernés par ce sujet de santé publique, d'autant que la loi HPST du 21 juillet 2009 invite les sages-femmes à s'impliquer dans des « actions de prévention et d'éducation à la santé et leur coordination ». En étendant leurs compétences au suivi gynécologique et à la prescription de la contraception de toutes les femmes, les sages-femmes associent leurs pratiques à la sexualité de la femme. (16)

Mais à quel moment doit-on parler de sexualité avec le couple ? Au sein de nos institutions, comment est relayée l'information concernant la sexualité de la grossesse et la reprise des rapports après l'accouchement auprès des couples ? Quel est le rôle de la sage-femme dans la prévention des troubles sexuels féminins en période périnatale ? Quelle est leur prise en charge ?

Pour répondre à ces interrogations, nous avons étudié, grâce à des questionnaires auprès de treize sages-femmes et 181 femmes, le rôle des sages-femmes dans la prévention et la prise en charge des troubles sexuels féminins ainsi que les besoins et attentes des femmes en matière d'accompagnement sur la sexualité.

Grâce aux résultats de cette étude, j'espère participer à l'amélioration des pratiques en terme d'accompagnement des femmes, des couples et de leur(s) futur(s) enfant(s). La santé sexuelle est essentielle et il me semble important d'oser en parler. Si dans les études déjà menées, la plupart des femmes souhaitent que ce soit le professionnel de santé qui ouvre le dialogue sur ce sujet, alors je pense que la sage-femme a une place toute particulière à prendre dans ce domaine.

Ainsi, la sage-femme peut et devrait être une des premières interlocutrices de ces femmes souffrant de dysfonctions sexuelles, car une sage-femme possède toutes les qualités requises d'écoute et d'empathie que requiert cette fonction. Mais encore faut-il qu'elle se sente à l'aise pour en parler et surtout qu'elle possède les bases nécessaires pour mener une consultation en sexologie, et prendre ainsi en charge ces troubles en aidant au mieux ces femmes dans le besoin.

1 - Contexte

1.1- Le concept de santé sexuelle

En 1972, l'OMS reconnaît le concept de santé sexuelle comme :

- « La capacité de jouir et de contrôler le comportement sexuel et reproductif en accord avec l'éthique personnelle et sociale. »
- « La délivrance de la peur, la honte, la culpabilité, les fausses croyances et les autres facteurs psychologiques pouvant inhiber la réponse sexuelle et interférer sur les relations sexuelles. »
- « L'absence de troubles, de dysfonctions organiques, de maladies ou d'insuffisances interférant avec la fonction sexuelle et reproductive. » (2)

Définition de l'OMS réactualisée en 2002 :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun ». (2)

Cf Counseling sur la santé sexuelle offert par les médecins en Annexe 1

1.2 - Les troubles sexuels féminins

On appelle **troubles sexuels féminins** l'ensemble des problèmes pouvant contrarier la sexualité des femmes. On trouve aussi le terme scientifique de « dysfonctions sexuelles ».

Les **dysfonctions sexuelles** sont caractérisées par une perturbation du désir sexuel et des modifications psychophysiologiques qui caractérisent le déroulement de la réponse sexuelle, et sont à l'origine d'une souffrance subjective marquée et de difficultés interpersonnelles. (3)

Elles incluent :

- Les troubles du désir sexuel,
- Les troubles de l'excitation sexuelle,
- Les troubles de l'orgasme,
- Les troubles sexuels avec douleurs,
- La dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale,
- La dysfonction sexuelle induite par une substance,
- Les dysfonctions sexuelles non spécifiées.

1.3 - Prévalence des troubles sexuels féminins

De nombreuses études ont montré la prévalence importante des troubles sexuels féminins.

Dans l'enquête sur la sexualité en France menée par Nathalie BAJOS et Michel BOZON, 11,7 % des femmes déclarent avoir été souvent confrontées à une difficulté sexuelle lors de l'année écoulée. Si l'on prend en considération les difficultés qui surviennent « parfois », 40 % des femmes sont alors concernées. (4)

Peu de femmes vont consulter un professionnel de santé devant une difficulté sexuelle. Pour BAJOS, moins de 5 % des femmes consultent si la difficulté sexuelle survient isolément. C'est le cumul de plusieurs difficultés ou leur répétition qui semblent motiver une consultation chez un professionnel de santé (21 % puis 59 %). (4)

1.4 - Pourquoi les femmes ne consultent-elles pas ?

D'après l'étude GSSAB (Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours), les femmes ne consultent pas car elles pensent que :

- Les problèmes sexuels sont normaux avec l'âge ;
- Les problèmes sexuels n'ont pas d'importance ;
- Les problèmes sexuels ne relèvent pas de la médecine. (5)

1.5- Caractéristiques des dysfonctions sexuelles féminines

Actuellement les dysfonctions sexuelles féminines se regroupent au sein de trois entités cliniques qui représentent la grande majorité des consultations de sexologie, à savoir :

- Les troubles de la pénétration et dysfonctions coïtales : vaginisme et dyspareunies.
- Les troubles du plaisir sexuel : anorgasmie totale ou anorgasmie coïtale.
- Les troubles du désir sexuel : absence ou baisse du désir sexuel, manque d'intérêt sexuel. (6)

A ces trois entités, il faudrait ajouter les dysfonctions sexuelles du couple et les dysfonctions sexuelles masculines dans lesquelles la sexualité féminine a une part de responsabilité si ce n'est de causalité.

Voici une petite liste, non exhaustive, des principales difficultés sexuelles que l'on peut rencontrer :

- Les dyspareunies ;
- Le vaginisme ;
- La sécheresse vaginale ;
- Les troubles de l'excitation ;
- Les agressions sexuelles (viol, attouchements, inceste, harcèlement) ;
- Les violences (physiques et psychologiques) ;
- Les problèmes d'infécondité ;
- Les saignements post-coïtal ;
- Les IST ;
- Les troubles du désir (anaphrodisie) ;
- L'absence de plaisir (anorgasmie) ;
- L'apareunie. (7, 8)

Cf Classification des troubles sexuels dans le DSM-III-R (1989) en Annexe 2.

Voici plus en détail, les différentes caractéristiques des dysfonctions sexuelles féminines :

1.5.1 - L'âge

L'âge des consultantes est extrêmement variable, de 15 à 85 ans..., que ce soit au tout début de sa vie sexuelle (parfois avant d'avoir commencé) ou à l'opposé pour des difficultés nées du vieillissement ou lors d'un nouveau départ de la vie relationnelle et sexuelle. (6)

1.5.2 - Le manque d'informations et de connaissances sur la sexualité

Un certain nombre de dysfonctions sexuelles sont liées à des méconnaissances, ignorances de la sexualité et de ses composantes. Mythes et tabous entourent encore le comportement sexuel, ce qui peut entraîner culpabilité, idée de performance, perturbations relationnelles, fausses dysfonctions sexuelles... L'intérêt de la prévention de ces difficultés sexuelles est évident et passe par une éducation à la sexualité des jeunes mais aussi des adultes. (6)

1.5.3- Les caractères cliniques de la dysfonction

Une dysfonction sexuelle peut-être :

- Primaire ou secondaire : avoir toujours existé ou apparaître après une période de fonctionnement sexuel satisfaisant.
- Permanente ou intermittente : exister à chaque relation sexuelle ou survenir de temps en temps.
- Sélective ou non : exister avec un partenaire donné ou avoir existé avec tous les partenaires, exister dans certaines circonstances ou indifféremment dans toutes. (6)

1.5.4 - Une dysfonction sexuelle reste rarement isolée

Avec le temps et/ou dans le cadre de la relation une dysfonction sexuelle peut évoluer :

- Forme de passage d'une dysfonction sexuelle à une autre (ex : dyspareunie qui entrainera un trouble du désir qui évoluera vers une anorgasmie...);
- Forme de passage de l'homme à la femme et inversement (ex : éjaculation précoce entraînant anorgasmie coïtale ou trouble du désir féminin responsable d'une dysérection...);
- Forme de passage d'une dysfonction sexuelle à un problème de couple et inversement.

La prise en compte de toutes ces caractéristiques communes et leur analyse seront à explorer de façon dynamique au cours de l'évaluation sexoclinique. (6)

1.6- Etiologies des troubles sexuels féminins

Les causes pouvant être à l'origine de difficultés d'ordre sexuel sont multiples. Parmi les plus fréquentes, on trouve :

- Les traumatismes psychiques : harcèlement, attouchements, viols ;
- Les traumatismes physiques : malformations, maladie infectieuses, chirurgie génitale, séquelles d'accouchement ;
- Les tabous éducatifs, image de la sexualité parentale négative ;
- L'identification maternelle ;
- La carence affective, absence d'empreinte en terme de tendresse ;
- L'empreinte d'une première expérience sexuelle négative, adolescente « non prête », pour faire comme les autres, etc. ;
- L'image négative de soi : obésité, dépression ;
- Certaines pathologies : les infections génitales, l'endométriose etc. (6)

1.6.1 - Recherche d'une organicité

Même si elle est peu fréquente dans les dysfonctions sexuelles féminines, la recherche d'une organicité doit faire partie du bilan, notamment :

- Recherche d'une pathologie ou anomalie génitale dans le cas de vaginisme ou de dyspareunie (endométriose par exemple) ;
- Recherche d'une pathologie endocrinienne ou psychiatrique dans les troubles du désir et/ou du plaisir ;
- Penser à la iatrogénicité de certains médicaments, interventions chirurgicales ou maladies qui peuvent avoir un retentissement direct ou indirect sur la sexualité féminine. (6)

1.6.2 - Facteurs de risque

Il existe des facteurs déclenchants ou révélateurs d'une dysfonction sexuelle féminine retrouvés fréquemment lors de la grossesse et des suites de couches, de la PMA, de la ménopause et du vieillissement, de l'adolescence et des premières expériences sexuelles, de la contraception etc.

C'est-à-dire dans les circonstances où la féminité :

- Interfère avec la maternité réelle, potentielle ou impossible ;
- A des difficultés à se construire : post-adolescence ou jeune femme ;
- Est fragilisée : ménopause, vieillissement, modifications corporelles... (6)

1.6.3 - Place de l'homme dans la sexualité féminine

La place de l'homme, partenaire actuel ou partenaire antérieur, partenaire rêvé, homme des représentations symboliques et imaginaires est importante à évaluer dans toutes dysfonctions sexuelles féminines. (6)

1.7 - Diagnostic d'un trouble sexuel féminin

Le diagnostic d'un trouble sexuel féminin passe par son **évaluation sexoclinique**.

L'évaluation sexoclinique consiste à tracer l'histoire de la dysfonction sexuelle replacée dans l'histoire individuelle du sujet (voir du couple), dans son environnement actuel, psychologique, relationnel, social, matériel, par rapport à sa santé physique et psychique et en tenant compte de sa motivation face à la démarche thérapeutique. (6)

1.7.1 - L'évaluation sexoclinique

Elle comprend :

- Le symptôme sexuel : description, analyse et compréhension avec le professionnel de santé ;
- La recherche d'une cause organique ou psychique directe ou indirecte ;
- Un axe horizontal qui correspondrait à l'analyse de la vie sexuelle actuelle avec ses différentes composantes : fonctionnalité sexuelle (désir, excitation, plaisir, orgasme, imaginaire, érotique), émotions liées à la sexualité, relation avec le partenaire, sentiments amoureux, identité sexuelle, rôle sexuel ;
- Un axe vertical correspondant aux éléments du développement psychosexuel, en particulier premières expériences sexuelles, auto-érotisme, identité, sentiment d'appartenance, orientation sexuelle... (6)

1.7.2 - Travail de la sage-femme

Le travail de la sage-femme sera donc, par l'évaluation sexoclinique, de faire :

- Un diagnostic ;
- Comprendre la genèse de la dysfonction sexuelle ;
- Amener la patiente à cette compréhension ;
- Proposer une démarche thérapeutique dont les objectifs respectent le sujet.

1.8 - Prévention des troubles sexuels féminins en période périnatale

La grossesse est, dans la vie d'un couple, un moment privilégié et complexe où l'arrivée d'un nouveau-né engendre souvent une baisse de la libido. Le couple peut ressentir un grand désarroi. Le corps de la femme a été malmené. Il en résulte des modifications du schéma corporel auxquelles s'ajoutent des variations de l'humeur avec le baby blues. (15)

De même, les modifications de rythme de vie des parents pour s'adapter aux besoins de l'enfant contribuent à la baisse de la libido. Les pères, tout comme leurs femmes, sont perturbés pendant cette période et sont victimes du manque d'information sur la sexualité pendant la grossesse. Si les femmes ont peur de reprendre les rapports sexuels, le partenaire est, lui, maladroit et n'ose prendre aucune initiative. (15)

Comment aider les couples ? Ils ont besoin de conseils et les séances postnatales avec la sage-femme sont alors très importantes pour offrir un espace d'écoute et de réassurance. Elles permettront la prescription d'une contraception et les soins du périnée. (15)

La qualité de la sexualité du post-partum dépend étroitement de la qualité de la sexualité qui a existé pendant la grossesse. Il est donc également capital d'informer les couples sur la sexualité pendant la grossesse pour prévenir les difficultés du postpartum. (15)

1.8.1 - Sexualité du couple pendant la grossesse

Chaque couple à sa propre spécificité, mais dans l'ensemble, il existe un fil conducteur qui passe par 4 phases :

- De la conception à 12 SA
- De la 12^{ème} à la 32^{ème} SA
- Le 8^{ème} mois
- Le 9^{ème} mois

1.8.1.1 - De la conception à 12 SA

C'est le moment d'une profonde adaptation à des changements physiques et psychiques. La femme démarre une nouvelle aventure qui va l'amener à réaliser ce pourquoi elle est programmée : la grossesse. (19)

Grefte merveilleuse, la grossesse va aussi engendrer des difficultés sexuelles. Les problèmes sont liés d'une part à la physiologie, d'autre part à l'imaginaire qui entoure l'enfant tel qu'il est vécu par la femme, le mari et le couple.

Au cours des 12 premières semaines, il y a une réduction des rapports sexuels d'environ 20 % du fait essentiellement d'une diminution du désir due aux nausées, vomissements, la fatigue générale, seins lourds...(19)

Mettre spontanément sa sexualité entre parenthèse et se concentrer sur soi-même sont les deux priorités de la femme en début de grossesse. Après avoir fait son devoir de maîtresse, elle doit s'investir progressivement dans son rôle de mère, réclamant ainsi un grand besoin d'affection. (19)

La maternité est un retour vers sa propre enfance avec la nécessité d'un repli sur soi-même.

Les femmes éprouvent alors :

- Un besoin de protection (conjoint, famille)
- Des modifications de caractère (besoin d'amour)
- Un repli narcissique

Tout cela réclame une adaptation de l'entourage et tout particulièrement du mari. Le recentrage altère souvent la libido entraînant une période de moindre activité.

Il faut noter que paradoxalement le désir s'améliore chez les femmes pour lesquelles il était auparavant absent. (19)

Enfin, il est important de rappeler que les rapports sexuels n'ont aucune conséquence sur le bon déroulement d'une grossesse eutocique, il est donc important d'informer et de rassurer les couples lors de la première consultation. (19)

1.8.1.2 - De la 12^{ème} à la 32^{ème} SA

Pour la grande majorité des couples c'est une période positive de recentrage sur la notion de couple :

- La femme a intégré sa différence.
- Le mari intègre sa future paternité.

Le couple redevient une entité, c'est à cette période qu'il vit au mieux sa sexualité. La femme est débarrassée de sa fatigue. Les transformations du corps s'accélèrent et déterminent un attachement à cette anatomie en rondeur. (19)

Les rapports sexuels sont enrichissants créant une euphorie dans le couple qui se met dans un cocon favorisant le dialogue et les échanges.

L'ensemble des modifications objectives du corps allant du grain de peau à la rondeur du ventre, de la beauté des cheveux au sourire retrouvé, de la fluidité des mouvements à l'acceptation du corps grossissant, tout cela contribue à ce que la femme enceinte retrouve une période de séduction active. (19)

Les hommes sont surpris de retrouver la femme du début de leur vie de couple qui osait afficher ses désirs, sa séduction.

Cette agressivité toute relative peut cependant avoir des inconvénients :

- Le désir peut réduire de façon néfaste les préludes.
- Certains hommes se croient dispensés de faire les premiers pas.
- Si ce désir est très présent, il est capable de conduire certaines femmes à confondre désir et orgasme alors qu'aucune réciprocité ni simultanéité n'existent. De plus, même si cette capacité orgasmique est augmentée chez la femme enceinte, elle met souvent plus de temps pour y parvenir ce qui peut créer une incompréhension dans le couple.
- L'éjaculation même non prématurée peut paraître précoce et frustrante face à un orgasme féminin long à apparaître. (19)

La fréquence des rapports sexuels est aussi en fonction du bon déroulement de la grossesse :

- Réassurance trouvée chez l'obstétricien ou la sage-femme.
- Absence de contre-indication médicale : demander au couple de ne pas couper le dialogue sexuel mais de l'instaurer autrement.

1.8.1.3 - Le 8^{ème} mois

C'est à nouveau une période d'incertitude et de craintes : peur de la prématurité.

Mais aussi le début de la décompensation des processus physiologiques de la grossesse et l'apparition :

- Douleurs ligamentaires ;
- Lombalgies, sciatique ;
- Contractions utérines plus fortes ;
- Perte de souplesse ;
- Prise de poids.

Trop d'interdits pendant cette période confinant :

- Le mari dans une abstinence qui peut durer plusieurs mois (mauvais vécu, liaison).
- La femme dans un conflit entre ses désirs, la non pénalisation de son mari et l'angoisse de la prématurité.
- Culpabilisation du couple qui associe rapports sexuels et ouverture du col.

Il est souhaitable de ne plus interdire les rapports sexuels (quand cela est nécessaire) sans indiquer au couple et non à la femme seule, qu'il est préférable de continuer à entretenir un dialogue sexué sous peine d'engendrer une réelle difficulté à la reprise d'une vie sexuelle harmonieuse après l'accouchement. (19)

Le 8^{ème} mois est un véritable tournant dans la vie sexuelle du couple car on y observe :

- Une augmentation de la complicité du couple à travers le dialogue, les gestes affectifs.
- Une stabilisation ou diminution des rapports sexuels.
- Une période de réajustements sexuels : changement de position, de pratiques.
- Certains hommes mettent un frein à leur sexualité (peur du fœtus, baisse libido/corps femme).

Le 8^{ème} mois revêt donc un rôle capital dans le vécu de la grossesse, dans l'appréhension des modalités de l'accouchement, dans le devenir sexuel du couple. (19)

Garant du bon déroulement de la grossesse, le personnel médical doit aussi être conscient de l'impact de son discours pour aider le couple à être une entité dont la force déterminera l'attitude à devenir parents et sexués.

1.8.1.4 - Le 9^{ème} mois

C'est un mois de bouleversements profonds et d'interrogations existentielles.

Les rapports sexuels s'espacent (difficultés physiques et psychiques, fatigue). Nécessité d'appréhender un événement terrifiant : l'accouchement.

La sexualité s'exprime sur un mode plus doux, le repositionnement du col dans l'axe du vagin entraînant une possibilité de contact direct avec le gland générant quelques fois gêne et saignements. Il faut faire attention à la place de l'homme durant cette période. Aucun père ne peut totalement s'exprimer vis-à-vis de son enfant s'il est rejeté comme amant, créant une jalousie à l'égard de l'être qu'il a contribué à créer. Ils attribuent alors leur sexualité une connotation négative pouvant être le cheminement vers une impuissance psychogène. (19)

1.8.2 - Sexualité et post-partum

Le post-partum est souvent défini comme une période allant de la naissance à la sixième semaine après l'accouchement.

Le remaniement physique et psycho social est tel que selon certains auteurs (ROLLIN) c'est une période qui dure jusqu'à 12 mois.

La naissance de l'enfant représente un véritable bouleversement pour le couple qui doit trouver un nouvel équilibre.

La reprise des rapports sexuels est lente, en moyenne 6 à 8 semaines.

ROLLIN cite les travaux de DIXON, BARRET et d'AVERY selon qui 50 % des couples qualifient leur vie sexuelle de pauvre ou pas très bonne à 8 mois de l'accouchement et les rapports sexuels moins fréquents à 12 mois qu'avant la grossesse.

La sexualité du post-partum confronte le couple à des difficultés qu'il faut anticiper en parlant de tout cela avant l'accouchement ou lors de la visite de sortie. (19)

1.8.2.1 - Eléments altérant la sexualité

Parmi les éléments pouvant altérer la sexualité, on retrouve :

- Des éléments physiologiques comme la chute des œstrogènes, l'inhibition de la fonction ovarienne par l'allaitement et ses pics de prolactine (sécheresse vaginale, baisse de la libido).
- La distension vaginovulvaire peut entraîner des microlésions nerveuses responsables d'une diminution de la sensibilité, des adhérences vaginales.
- La fatigue de l'accouchement, les réveils nocturnes, la douleur du périnée cicatriciel ou d'une césarienne ne favorisent pas une sexualité épanouie.
- Les soins prodigués au bébé, ses réveils nocturnes, l'allaitement sont de nature à éloigner la femme de son compagnon. L'homme peut même inconsciemment exprimer une jalousie vis-à-vis de cet enfant qui accapare le temps et les seins de sa femme.
- Le baby blues. (19)

1.8.2.2 - Quand refaire l'amour ?

Grande question, rarement posée dans les cours de préparation à l'accouchement, souvent traitée sous forme très technique avec la prescription de la contraception ; elle nécessite une réadaptation du couple, désormais parental, à une sexualité qui respectera chaque individu. (19)

Quelques règles :

- Pas avant la fin des lochies ;
- Pas avant une cicatrisation complète ;
- Pas avant l'instauration d'une contraception si elle est désirée ;
- Pas avant que la femme en ait vraiment envie.

Le mari doit exprimer ses désirs et faire les premiers pas : casser la séquence « tétée – change – dodo » et ainsi retrouver une complicité avec sa femme.

La femme doit se sentir à nouveau attirante, séduisante et permettre au mari une réintroduction dans la sphère sexuée. (19)

Comment ?

- En l'autorisant à regarder et toucher un corps qui évolue rapidement (douche, bain) ;
- En suggérant des massages non sexuels ;
- En proposant une aide active autour de bébé permettant rapprochement et complicité ;
- En retrouvant une complicité hors de la maison (resto, ciné...).

1.8.2.3 - Comment refaire l'amour ?

Les positions chevauchantes sont souvent conseillées pour que la femme puisse moduler la pénétration et arrêter en cas de douleur. Elle lui permet aussi de ne pas se sentir dominée et de tester la ré-érotisation de son corps en l'offrant à la vision directe de son conjoint. L'utilisation d'un lubrifiant est à conseiller.

Rappeler aussi au couple que reprendre une sexualité ne veut pas dire nécessairement pénétration dès le 1^{er} rapport et qu'il existe bien des façons de se redécouvrir, de prendre du plaisir tout en faisant tomber les barrières de la peur évitant peut-être ainsi des dyspareunies psychogènes, des vaginismes. (19)

1.9 - Conclusion

L'accompagnement des femmes et des couples à propos de la sexualité doit être possible et efficient à tout moment de la périnatalité.

Cette information des changements possibles de la sexualité de la grossesse et que la prévention des problèmes éventuels liés à la reprise des rapports a toute sa place dans la pratique des sages-femmes, particulièrement lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

En effet, trop nombreuses sont les femmes qui n'osent pas poser de questions à propos de leur sexualité. Ainsi, elles n'obtiennent pas les renseignements qui pourraient les aider à vivre une sexualité plus épanouie pendant la grossesse conservant ainsi l'équilibre du couple.

Toutefois, pour donner cette information et assurer cette prévention, il est nécessaire que les sages-femmes, à travers la formation, connaissent un vocabulaire adapté pour aborder avec tact le sujet de la sexualité afin de permettre à la femme d'en discuter quand elle le souhaite.

2 - Objectifs du stage

2.1 - Objectifs principaux

L'objectif principal de la mission de stage est double :

- Réaliser un état des lieux auprès des sages-femmes sur leurs connaissances générales en matière de sexualité, l'appréciation de leur rôle dans la prévention et la prise en charge des troubles sexuels féminins à la maternité d'Arpajon de Janvier à Mars 2017.
- Réaliser un état des lieux auprès des femmes en période périnatale sur leurs besoins et leurs attentes en matière de sexualité.

2.2 - Objectifs spécifiques

Objectif spécifique 1 : Recenser le taux de difficultés sexuelles après un accouchement (voie basse ou césarienne) à la maternité d'Arpajon de janvier à mars 2017.

Objectif spécifique 2 : Recueillir les étiologies des difficultés sexuelles après un accouchement à la maternité de d'Arpajon de janvier à mars 2017.

Objectif spécifique 3 : Etudier les caractéristiques des patientes présentant un facteur de risque de difficulté sexuelle après un accouchement à la maternité d'Arpajon de janvier à mars 2017.

Objectif spécifique 4 : Analyser les pratiques des professionnels de santé sur la prévention et la prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines à la maternité d'Arpajon de janvier à mars 2017.

Objectif spécifique 5 : Sensibiliser les sages-femmes sur la prévalence et les conséquences des difficultés sexuelles des couples ainsi que sur le rôle primordial qu'elles peuvent avoir.

Objectif spécifique 6 : Proposer des actions visant à améliorer les pratiques des professionnelles en cas de dysfonction sexuelle féminine à la maternité d'Arpajon.

2.3 - Enjeux de la mission de stage

L'enjeu de la mission de stage est porteur d'une amélioration des compétences des professionnels de santé (gynécologues-obstétriciens et sages-femmes principalement) impliqués dans la prévention et la prise en charge des troubles sexuels féminins par une formation théorique. Cette mission vise également la mise en place d'outils permettant de faciliter leur prise en charge à l'avenir.

3 - Matériel et méthode

3.1 - Type d'étude

Dans le cadre de mon mémoire, une étude descriptive observationnelle mono centrique à visée analytique a été réalisée. Il s'agit, en effet, d'un état des lieux :

- Des connaissances des sages-femmes en matière de sexualité, de prévention et de prise en charge des troubles sexuels féminins.
- Des besoins et attentes des femmes en période périnatale à ce sujet.

3.2 - Population de l'étude

La population d'étude était composée de quatre « groupes » :

- Les sages-femmes
- Les gestantes
- Les « nouvelles accouchées »
- Les accouchées à trois mois du post-partum

3.2.1 - Les sages-femmes

La population étudiée était constituée des sages-femmes professionnelles exerçant au sein de la maternité d'Arpajon, tous services confondus (salle de naissance, suites de couches, urgences gynécologiques et obstétriques, consultations, échographie et explorations fonctionnelles.).

Critères d'inclusion :

Les sages-femmes incluses à l'étude étaient :

- Diplômée d'Etat.
- Celles exerçant à la maternité d'Arpajon.
- Celles acceptant de répondre au questionnaire.

Critères d'exclusion :

Les sages-femmes exclues de l'étude étaient :

- Celles n'exerçant pas à la maternité d'Arpajon.
- Celles refusant de répondre au questionnaire.

3.2.2 - Les femmes

La population étudiée était constituée de gestantes, de nouvelles accouchées et d'accouchées à trois mois du post-partum.

Les gestantes et nouvelles accouchées incluses à l'étude étaient celles venant ou ayant accouché à la maternité d'Arpajon et acceptant de répondre aux questionnaires.

En revanche, pour les accouchées à trois mois du post-partum, un échantillon de 200 femmes a été sélectionné de manière aléatoire parmi une base de données des femmes ayant accouché entre le 1^{er} octobre et le 31 novembre 2016. Ces données ont été fournies par le DIM de l'hôpital d'Arpajon via un tableur excel. La sélection de l'échantillon avait pour seul critère d'exclusion celui des femmes sans adresse fiable (foyer, hôtel, hébergement chez une tiers personne, etc.)

3.3 - Lieu de l'étude

La maternité du Centre Hospitalier d'Arpajon est un établissement public. Il s'agit d'une maternité de niveau 2 B, dont le volume d'activité est de l'ordre de 1380 accouchements par an en moyenne, sur les sept dernières années. La maternité dispose d'un obstétricien, d'un anesthésiste et d'un pédiatre assurant

des gardes de 24 heures. Par ailleurs, la maternité d'Arpajon travaille en partenariat avec les différents établissements du réseau périnatale Sud Essonne afin de permettre une prise en charge optimale des grossesses et des accouchements.

3.4 - Déroulement de l'étude

Concernant les sages-femmes, un questionnaire informatif a été envoyé par courriel à toutes les sages-femmes exerçant à la maternité d'Arpajon.

Concernant les femmes :

- Des questionnaires ont été laissés à disposition des gestantes dans le service de consultations.
- Des questionnaires ont été distribués par le personnel soignant aux nouvelles accouchées lors de leur séjour en suites de couches.

Dans les deux situations ci-dessus, le recueil des questionnaires se faisait de manière anonyme par dépôt de ces derniers dans des urnes prévues à cet effet et mise à disposition dans les services de consultations et de suites de couches.

- Des questionnaires ont été envoyés par courrier aux jeunes mamans ayant accouché entre le 1^{er} octobre et le 31 novembre 2016, soit à trois mois du post-partum. Le retour anonyme des questionnaires se faisait quant à lui par courrier (avec enveloppes de retour préimprimées).

Par ailleurs, avant de pouvoir distribuer ces questionnaires dans les différents services de la maternité, le consentement des cadres et des chefs de service concernés a été recueilli.

3.5 - Les biais de l'étude

3.5.1 - Du côté des sages-femmes

Biais de sélection puisque l'échantillon des sages-femmes interrogées ne provenait que de la maternité d'Arpajon. Ceci n'étant pas forcément représentatif des sages-femmes de la région Ile-de-France.

3.5.2 - Du côté des femmes

Biais de sélection également parmi l'échantillon de femmes interrogées à trois mois du post-partum excluant les femmes sans adresse "fiable".

3.6 - Constitution des questionnaires

L'ensemble des questionnaires a été réalisé avec des questions fermées permettant aux femmes de répondre plus rapidement et ainsi augmenter le taux de participation de ces dernières.

De plus, cette méthode a permis une analyse plus rapide des résultats lors du recueil de données.

Enfin, l'ensemble des questions posées ne nécessitait pas de réponse ouverte.

3.6.1 - Questionnaire à l'attention des sages-femmes

Ce questionnaire est constitué de quatre parties :

- Une première partie intitulée "Qui êtes-vous ?" permet, dans un premier temps, d'établir les caractéristiques de la population de sages-femmes interrogées (âge, sexe, formation...)
- Une seconde partie se rapporte à la "La sexologie" de manière générale. Permettant d'évaluer les connaissances des sages-femmes en matière de sexualité, leurs compétences mais aussi leur aisance à évoquer le thème de la sexualité avec les patientes.
- Une troisième partie porte sur les différents troubles sexuels féminins et leur prise en charge. Le but étant cette fois d'évaluer les connaissances des sages-femmes de la maternité d'Arpajon sur

- ces troubles et leur compétence dans la prise en charge de ces derniers.
- Enfin, une dernière partie fait quant à elle référence à la “Formation en sexologie”. Savoir si les sages-femmes plébicitent une formation complémentaire en sexologie et/ou si certaines souhaiteraient en réaliser.

Cf Annexe 3

3.6.2 - Questionnaires à l’attention des femmes

Ces questionnaires sont tous constitué de trois parties (sauf pour les accouchées à trois mois du post-partum dont les questionnaires comportent une quatrième partie) :

- Une première partie intitulée “Qui êtes-vous ?” qui permet d’établir les caractéristiques de la population de femmes interrogées (âge, parité, terme, accouchement (pour celles ayant déjà accouché)).
- Une deuxième partie orientée sur la “Sexualité et maternité” permettant d’évaluer la sexualité chez les femmes enceintes, de connaître les besoins et les attentes des accouchées en matière de sexualité.
- Une troisième et dernière partie accé sur l’intérêt de la mise en place d’une sage-femme sexologue à la maternité d’Arpajon.
- Pour les accouchées de 2016, une quatrième partie portait sur leur sexualité actuelle afin d’en savoir d’avantage sur la reprise des rapports sexuels en post-partum.

Cf Annexes 4, 5 et 6

3.7 - Mesure et analyse des résultats

Les données ont été recueillies courant du mois de mars et retranscrites sur le logiciel Excel courant du mois d’avril 2017.

Leur analyse s’est ensuite faite à l’aide de graphiques dont nous verrons la présentation a postériori.

3.8 - Aspect logistique

Diagramme de Gantt énumérant l’ensemble de tâches effectuées durant le stage :



3.9 - Difficultés rencontrées

Parmis les difficultés rencontrées au cours de ce travail j'ai relevé :

- Aborder le sujet de la sexualité sans paraître intrusif auprès des femmes
- Le temps imparti (il est complexe de conjuguer stage, rédaction du mémoire, activités à rendre, examens, vie professionnelle et vie personnelle).

3.10 - Ressources matérielles

Les dépenses matérielles associées à ce travail sont les suivantes :

- Feuilles blanches ;
- Cartouches d'encre ;
- Enveloppes ;
- Timbres.

Tableau 1 : Budget alloué à l'étude

Quoi	Quantité	Prix Unitaire	Coût total
Ramette feuilles blanches (500)	2	4,74 €	9,48 €
Cartouche d'encre	2	30 €	60 €
Enveloppes	4 (4x100)	4,53 €	18,12 €
Timbres	200	0,73 €	146 €

TOTAL = 233,60 €

Après demande et accord de la direction, l'ensemble des frais a été pris en charge par la maternité d'Arpajon.

4 - Résultats

4.1 - Du côté des sages-femmes

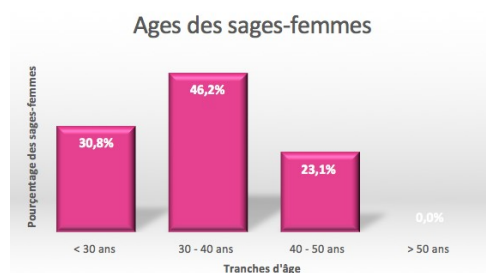
13 sages-femmes ont répondu à l'étude.

4.1.1 - Qui sont ces sages-femmes ?

4.1.1.1 - Sexe, âge

Premièrement les sages-femmes ayant répondu à l'étude étaient toutes des sages-femmes hospitalières de sexe féminin. Aucun homme sage-femme n'exerçant à la maternité d'Arpajon lors de la réalisation de l'étude.

Concernant leur moyenne d'âge, on constate par le graphique ci-dessous que tous les âges sont concernés et donc indirectement, l'expérience de la sage-femme qui en découle.



A l'exception toutefois des plus « anciennes » sages-femmes non présentes à la maternité d'Arpajon.

4.1.1.2 - Formation en sexologie

Parmi les sages-femmes aucune n'a réalisé de formation complémentaire (quelle que soit la nature : DIU, séminaire...) en sexologie une fois diplômée (au moment de la réalisation de l'étude).

4.1.2 - La sexualité en période périnatale

4.1.2.1 - Représentation(s) de la sexologie pour les sages-femmes

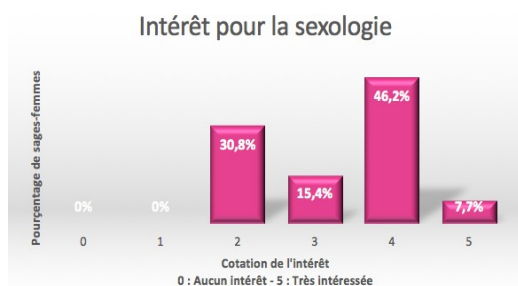
Dans cette partie, il était demandé aux sages-femmes si, pour elles, la sexologie faisait partie :

- du domaine médical ?
- du champ de compétence de la sage-femme ?

A ces 2 questions, les sages-femmes ont répondu « **Oui** » à l'unanimité.

Cela laisse montre bien que les sages-femmes ne minimisent pas la santé sexuelle des femmes, en particulier en période périnatale. Mais portent-elles pour autant un intérêt à la discipline ? C'était la question suivante.

4.1.2.2 - Intérêt de la sexologie



Cette question sous forme d'auto-évaluation s'est faite à l'aide d'une cotation de 0 à 5 (0 = aucun intérêt ; 5 = très intéressée).

On voit sur le graphique que les sages-femmes manifesteraient majoritairement un intérêt certain pour la discipline avec près de **70 %** (69,3) de note \geq 3/5.

4.1.2.3 - Importance d'une plainte sexuelle

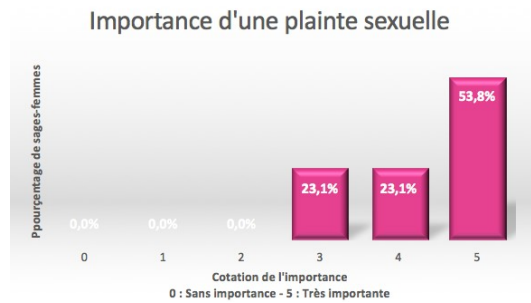
Je leur ai ensuite demandé quelle importance chacune attribuait à une plainte sexuelle, autrement dit à l'expression d'une souffrance d'ordre sexuel.

L'évaluation s'est faite à nouveau par l'intermédiaire d'une échelle cotée de 0 à 5 (0 = pas du tout ; 5 = beaucoup).

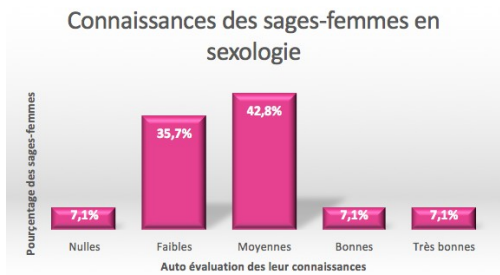
Plus de la moitié des sages-femmes (53,8 %) ont considéré qu'une plainte sexuelle avait « beaucoup » d'importance (5/5).

Et toutes ont donné une note $\geq 3/5$.

On peut donc affirmer que les sages-femmes ne sous-estiment pas la santé sexuelle des femmes. Mais ont-elles les connaissances nécessaires pour prendre en charge une dysfonction sexuelle féminine ? C'est la question que je leur ai ensuite posée.



4.1.2.4 - Connaissances en sexologie



Cette fois elles étaient près de la moitié à juger leurs connaissances « Moyennes » (42,8 %) et **85,6 %** à les considérer de « Nulles » à « Moyennes ».

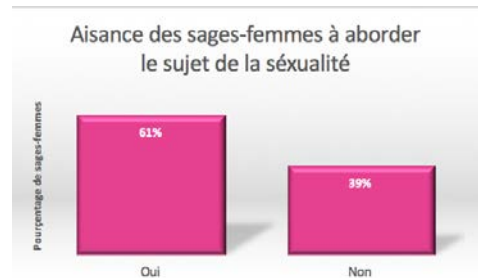
Ce constat démontre bien le réel manque de connaissance des sages-femmes en matière de sexualité.

Malgré ce constat, les sages-femmes seraient-elles à l'aise pour parler de sexualité sur leurs connaissances été jugées suffisantes ? C'est ce que j'ai voulu vérifier à travers la question suivante.

4.1.2.5 - Aisance des sages-femmes

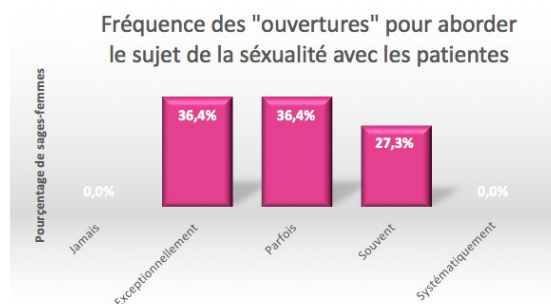
D'après les réponses obtenues, celles-ci se considéreraient à l'aise pour aborder le sujet de la sexualité avec un taux de **61 %**.

Les sages-femmes qui se disent à l'aise pour évoquer le sujet de la sexualité le sont-elles des ouvertures pour parler de sexualité sans que la patiente n'aborde le sujet ?



4.1.2.6 - Abord du sujet

Quand on regarde les réponses obtenues, on constate que les sages-femmes manqueraient d'ouvertures sur le sujet.



Voici les réponses qu'elles ont évoqué à ce "manque" :

- Peur de percer l'intimité de la patiente.
- Difficile d'aborder la sexualité quand on a peu de temps avec les patientes.
- Pas formé, thème un peu tabou, difficile à engager mais si la femme est demandeuse c'est plus facile d'en parler.
- Peur de ne pas pouvoir apporter de solutions.
- Mes connaissances étant limitées, je ne me sens pas à l'aise pour leur donner des conseils ou répondre à leurs questions.

Alors dans quelles circonstances abordent-elles le sujet ?

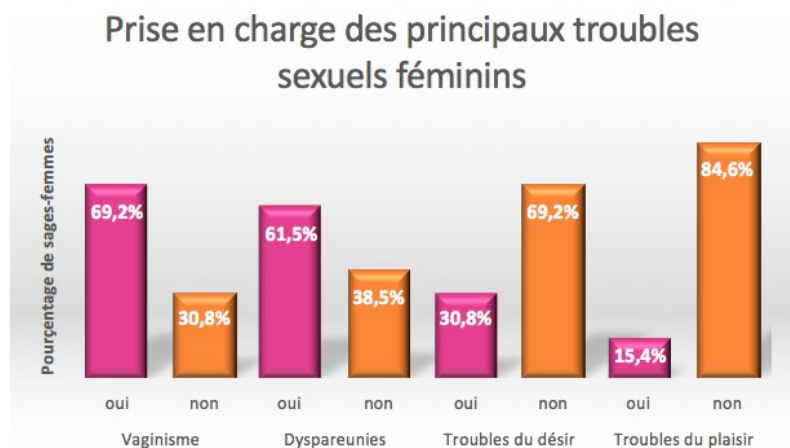
Les réponses qui sont le plus ressorties étaient :

- Vaginisme / difficultés à l'examen ;
- Dyspareunies ;
- Episiotomie douloureuse ;
- Violences conjugales ;
- Suivi en suites de couches.

4.1.3 - Prise en charge actuelle des troubles sexuels féminins

Cette troisième partie avait pour objectif de connaître le niveau de prise en charge des troubles sexuels féminins par les sages-femmes.

Interroger les sages-femmes sur la prise en charge de tous les troubles sexuels féminins existants aurait été trop long. Aussi, j'ai choisi, volontairement, de m'intéresser uniquement à celles des 4 principaux troubles recensés, à savoir le vaginisme, les dyspareunies, les troubles du désir et les troubles du plaisir.



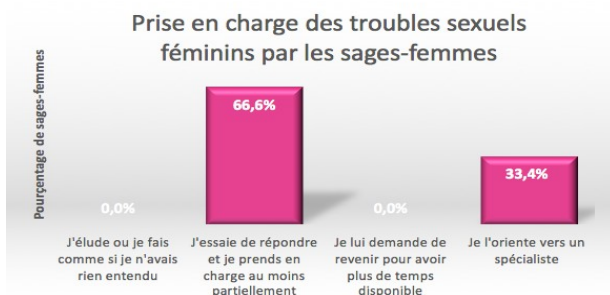
D'après les résultats obtenus, on constate que les 2 principales difficultés rencontrées dans la profession de sage-femme (vaginisme et dyspareunies) sembleraient mieux prise en charge que les autres.

Rien d'étonnant à ce constat. Mais les sages-femmes se sentent-elles compétentes dans cette prise en charge ? Quand je leur ai posé la question, toutes ont répondu ne pas se sentir compétentes dans le domaine.

Pour quelle(s) raison(s) ?

D'après les réponses obtenues, on retrouve le manque de temps mais surtout le manque de connaissances, qui domine avec plus de **85 %**.

Alors que font-elles face à un trouble sexuel ?



Majoritairement, les sages-femmes ont répondu prendre en charge au moins partiellement les difficultés exprimées par la femme : **66,6 %**.

Avant, d'orienter secondairement la vers un spécialiste : **33,4 %**.

Aussi, pensent-elles qu'il faille d'être sexologue pour prendre en charge des troubles sexuels ?

61,5 %, les sages-femmes estiment qu'il n'est pas nécessaire d'être sexologue pour prendre en charges des troubles sexuels féminins tels que les 4 évoqués précédemment



4.2 - Du côté des femmes

Parmis toutes les réponses :

- 37 gestantes ont répondues
- 115 nouvelles accouchées
- 29 accouchées à 3 mois du post-partum

4.2.1 - Caractéristiques de la population d'étude

Tableau 2 : Caractéristiques des femmes ayant répondu à l'enquête.

	Gestantes	Nouvelles accouchées	Accouchées 2016	
Age	Pourcentage / Effectif		Pourcentage / Effectif	
< 25 ans	10,8 %	4	10,4 %	12
25 = 35 ans	81,1 %	30	73,0 %	84
> 35 ans	8,1 %	3	16,5 %	19
	n = 37 pdv = 0		n = 115 pdv = 0	
Parité	Pourcentage / Effectif		Pourcentage / Effectif	
1	45,9 %	17	35,7 %	41
2	37,8 %	14	42,6 %	49
3 +	16,2 %	6	21,7 %	25
	n = 37 pdv = 0		n = 115 pdv = 0	
Accouchement	Pourcentage / Effectif		Pourcentage / Effectif	
Voie Basse	/	/	85,1 %	97
Césarienne	/	/	14,9 %	17
			n = 114 pdv = 1	
			n = 29 pdv = 0	

* n = effectif total pdv = perdus de vue

On constate une certaine homogénéité des réponses dans chacune des catégories (âge, parité et accouchement).

4.2.2 - Sexualité et maternité

Dans cette partie, on s'est intéressé aux éventuelles questions et besoins des femmes en matière de sexualité ainsi qu'à la qualité des informations qui pouvaient leur être délivrées par les sages-femmes.

Tableau 3 : Informations données en période périnatale.

	Gestantes	Nouvelles accouchées	Accouchées 2016
Questions sexo pendant la grossesse et/ou le post-partum		Pourcentage / Effectif	Pourcentage / Effectif
Oui	27,0 % 10	28,1 % 32	55,2 % 16
Non	73,0 % 27	71,9 % 82	44,8 % 13
	n = 37 pdv = 0	n = 114 pdv = 1	n = 29 pdv = 0
Infos sexo pendant la grossesse et/ou le post-partum		Pourcentage / Effectif	Pourcentage / Effectif
Oui	/	36,5 % 42	27,6 % 8
Non	/	63,5 % 73	72,4 % 21
		n = 115 pdv = 0	n = 29 pdv = 0
Infos reçues pertinentes		Pourcentage / Effectif	Pourcentage / Effectif
Oui	/	81,6 % 94	70,0 % 20
Non	/	18,4 % 21	30,0 % 9
		n = 115 pdv = 0	n = 29 pdv = 0

* n = effectif total pdv = perdus de vue

On constate que la demande en matière de sexualité double (de 27 / 28,8 % à 55,2 %) entre le pré-partum ou le post-partum immédiat et trois mois après l'accouchement.

Et pour cause, les couples ignorent souvent les conséquences de l'accouchement sur la sexualité. En effet, suite à la naissance de leur bébé, les jeunes parents n'ont d'attention que pour celui-ci. Bien souvent, le rôle de conjoint est absorbé par le rôle de parents, ce qui peut nuire à l'évolution du couple. De plus, la femme a besoin de temps pour se réapproprier son corps suite à l'accouchement. La sexualité, modelée par le psychisme et le physique, peut se trouver très perturbée.

Par ailleurs, seul un tiers des femmes considère avoir reçu une information sur la sexualité au cours de la grossesse et/ou du post-partum.

Toutefois, quand information il y a eu, les femmes l'ont majoritairement considérée comme pertinente (à 81,6 % et 70 %).

4.2.3 - Sexualité et post-partum

Les difficultés sexuelles du post-partum sont un type de morbidité peu étudié et rarement pris en compte. En effet, parmi les femmes ayant accouché, la grande majorité souffre de difficultés sexuelles. Cette morbidité diminue peu à peu dans le temps, mais reste élevée. (17)

K. von Sydow démontre que l'entente sexuelle des couples diminue d'une façon marquée après la naissance de leur enfant. Les relations sexuelles semblent être beaucoup plus fragiles par rapport à la grossesse. Pour la majorité des couples, la sexualité après l'accouchement est problématique. En effet, seulement 14 % des femmes et 12 % des hommes ont reporté ne pas avoir eu de difficultés après l'accouchement. Cette étude a mis en valeur que 40 à 64 % des femmes et 19 à 64 % des hommes redoutent la reprise de la sexualité. (20)

C'est pourquoi, j'ai jugé intéressant de savoir si, à trois mois du post partum les femmes avaient repris une sexualité.

Les résultats obtenus montrent que **93,1 %** des femmes ont repris une sexualité dont **11,2 %** nous rapportent des difficultés (douleurs, fatigue, appréhensions, etc.)

Le tableau suivant présente la répartition de la reprise d'une sexualité dans le couple selon différents critères : l'âge, la parité, la voie d'accouchement et/ou les complications éventuelles rencontrées à l'accouchement.

Tableau 4 : Facteurs de risque d'une non reprise des rapports sexuels dans le post-partum.

	Oui		Non	
	Pourcentage/Effectif		Pourcentage/Effectif	
Age	Pourcentage/Effectif		Pourcentage/Effectif	
< 25 ans (n=0 ; pdv =0)	/	/	/	/
25 = 35 ans (n=24 ; pdv =0)	95,8 %	23	4,2 %	1
> 35 ans (n=5 ; pdv =0)	80 %	4	20 %	1
Parité	Pourcentage/Effectif		Pourcentage/Effectif	
1 (n=12 ; pdv =0)	100 %	12	0,0 %	0
2 (n=13 ; pdv =0)	92,3 %	11	7,7 %	1
3 + (n=4 ; pdv =0)	75,0 %	3	25,0 %	1
Voie d'accouchement	Pourcentage/Effectif		Pourcentage/Effectif	
Voie Basse (n=24 ; pdv =0)	91,7 %	22	8,3 %	2
Césarienne (n=5 ; pdv =0)	100 %	5	0,0 %	0
Complications	Pourcentage/Effectif		Pourcentage/Effectif	
Périnée intact (n=10 ; pdv=0)	90,0 %	9	10,0 %	1
Déchirure (n=11 ; pdv =0)	81,8 %	9	18,2 %	2
Episiotomie (n=3 ; pdv =0)	100 %	3	0,0 %	0
Forceps (n=3 ; pdv =0)	100 %	3	0,0 %	0
Ventouse (n=1 ; pdv =0)	100 %	1	0,0 %	1
Révision utérine (n=1 ; pdv =0)	100 %	1	0,0 %	0

* n = effectif total pdv = perdus de vue

D'après le tableau, on constate que trois facteurs ressortent dans la non reprise d'une sexualité :

- L'âge > 35 ans (20 %) ;
- La parité > 3 (25 %) ;
- La présence de déchirures suite à l'accouchement (18,2 %).

4.2.4 - Intérêt d'une sage-femme sexologue

Nous avons demandé aux femmes ce qu'elles pensaient de la mise en place de consultations « sexo » avec une sage-femme.

Et, si ce service était mis en place, est-ce-qu'elles prendraient rendez-vous ?

Enfin, jugent-elles ce service pertinent et/ou bénéfique pour leur couple ?

Tableau 5 : Intérêt d'une sage-femme sexologue

	Gestantes	Nouvelles accouchées	Accouchées 2016
Mise en place de consultations sexo			
Oui	80,6 % 29	78,0 % 89	82,8 % 24
Non	19,4 % 7	22,0 % 25	17,2 % 5
	n = 36 pdv = 1	n = 114 pdv = 1	n = 29 pdv = 0
Prise de rendez-vous			
Oui	70,3 % 26	59,8 % 68	58,6 % 17
Non	29,7 % 11	40,2 % 46	41,4 % 12
	n = 37 pdv = 0	n = 114 pdv = 1	n = 29 pdv = 0
Pertinence de consultations sexo			
Oui	75,0 % 27	86,7 % 100	96,6 % 28
Non	25,0 % 9	13,3 % 15	3,4 % 1
	n = 36 pdv = 1	n = 115 pdv = 0	n = 29 pdv = 0
Bénéfices pour le couple			
Oui	77,8 % 28	70,7 % 80	69,0 % 20
Non	22,2 % 8	29,3 % 34	31,0 % 9
	n = 36 pdv = 1	n = 114 pdv = 1	n = 29 pdv = 0

* n = effectif total pdv = perdus de vue

On constate que, quelque soit la période périnatale (gestantes, nouvelles accouchées ou accouchées de 2016) les résultats sont presque similaires pour chacune des questions posées.

Aussi, on en déduit, en faisant une moyenne des pourcentages obtenus que :

- **80,5 %** des femmes en période périnatale seraient favorables à la mise en place de consultations « sexo » par une sage-femme (à la maternité d'Arpajon).
- **62,9 %** des femmes prendraient rendez-vous si ce service était mis en place.
- **86,1 %** trouvent ce service pertinent.
- **72,5 %** pensent que ces consultations pourraient être bénéfiques pour leur couple.

5 - Discussion

La maternité met la femme à l'épreuve. L'image de son corps est touchée. La fatigue et le manque de sommeil provoquent un changement du comportement chez la femme. Elle est hypersensible, irritable, d'humeur changeante. Elle se pose des questions sur ces capacités maternelles. De plus cette période est souvent marquée par le baby blues, voir par la dépression post-natale. Dans ce contexte, sa libido est souvent basse et sa sexualité appauvrie. La morbidité sexuelle après la naissance étant élevée.

Elle doit retrouver sa sexualité et sa féminité.

“Pour s'effectuer progressivement au profit de la resexualisation, la désérotisation de l'enfant ne se fait pas systématiquement. Le maintien de l'érotisation de l'enfant à la naissance contribue ainsi à nombre de ruptures conjugales.” (Van Der Schueren)

Parmi les femmes ayant repris une activité sexuelle à trois mois du post-partum, 20 % d'entre-elles l'on jugé insatisfaisante.

Il paraît donc important que les sages-femmes se forment (plus de 85 % des sages-femmes reconnaissent leur manque de connaissances sur le sujet) et accompagnent d'avantage les femmes en période périnatale dans le domaine de la sexualité.

5.1 - Aborder la sexualité en période périnatale

5.1.1- Pourquoi aborder la sexualité ?

A voir le nombre de blog et de forum sur le net traitant du sujet, on peut constater que les femmes mais aussi les hommes se posent beaucoup de questions sur le sujet.

Selon une étude de Von Sydow, 68 % des jeunes mères ne se souviennent pas d'avoir parlé de sexualité pendant leur grossesse avec un intervenant médical.

Sur celles qui l'on fait :

- 27 % ont reçu un conseil d'abstinence pendant une certaine durée
- 10 % possibilité de positions alternatives
- 2 % possibilité de masturbations réciproques

Pendant la grossesse, le manque d'information par rapport à la sexualité et les craintes vis-à-vis de complications pouvant survenir pendant cette période restent les principaux facteurs d'évitement de la sexualité.

Il est du rôle du professionnel médical de prévenir les troubles sexuels et conjugopathies liés aux bouleversements physiques et psychiques de la période périnatale :

- Seulement 14 % des femmes et 12 % des hommes rapportent ne pas avoir de difficultés sexuelles dans le post partum.
- 40 à 64 % des mères et 19 à 64 % des pères ont peur de la reprise des RS après la naissance.
- Sur 40 % des mères qui auront une reprise problématique du coït, 64 % éviteront par la suite les rapports sexuels.
- Beaucoup de couples auraient aimés recevoir plus d'informations à propos des changements corporels et de la sexualité en post partum et 30 % disent qu'un accompagnement aurait été aidant.

La place du professionnel au soutien parental et à la prévention de la conjugopathie se trouve dans l'information et l'accompagnement du couple pour la continuité du lien affectif, sensuel et sexuel afin d'éviter, comme c'est le cas actuellement, qu'un tiers des couples développent des troubles psychosexuels durables.

5.1.2 - Quand aborder la sexualité ?

En période périnatale, la sexualité peut être abordée à différents moments, tels que :

- L'entretien prénatale précoce
- Le suivi de grossesse
- Les séances de préparation à la naissance
- Les suites de couches/contraception
- La rééducation périnéale

Les femmes préfèrent, bien souvent, que ce soit le personnel médical qui aborde la question de la sexualité.

Les femmes semblent plus réceptives :

- En fonction des moments (plus demandeuses à trois mois de la naissance qu'en post-partum immédiat).
- En fonction de leur parité.

En pratique : elle est abordée à 65 % en suites de couches, 40 % en consultations post-partum, 35 % en suivi de grossesse, 30 % en rééducation périnéale et 23 % en préparation à la naissance. (27)

5.1.3 - Comment aborder la sexualité ?

5.1.3.1 - Quelles sources ?

Voici une liste des principales sources recensées :

- Internet 63 % ;
- Livres revues 57 % ;
- Echanges avec le partenaire 43 % ;
- Echange avec le professionnel médical 30 % ;
- Amis 20 % ;
- Mère 6 %. (27)

5.1.3.2 - Comment l'aborder ?

Il est essentiel d'aborder la sexualité de manière simple, dans un contexte de confidentialité et de disponibilité.

Cela nécessite une écoute active, même des silences.

Et surtout, ne pas oublier de prendre en compte les différences d'ordre culturel, religieux, linguistique... (27)

5.1.3.3 - Différents modèles

- Modèle EX-PLISSIT (Taylor 2006) :
 - Ouvrir le sujet, rassurer sur la possibilité d'en parler
 - Partage de faits simples et généraux, correction des fausses croyances
 - Donner infos spécifiques et adaptées à la situation
 - Orienter si nécessaire vers profession qui répond à la problématique

Permission à chaque étape. Chaque intervention est suivie d'une étape de réflexion. (27)

1/ Autorisation

La grossesse est une période que les femmes traversent avec des adaptations nécessaires à de nombreux changements y compris au niveau de la sexualité. Est-ce que vous souhaitez que nous en parlions ?

2/ Information limitée

Le manque d'information/sexualité pendant la grossesse et les craintes de complications peuvent influencer négativement sur la sexualité. Qu'en pensez-vous ?

3/ Suggestions spécifiques

Selon informations apportées par la femme, le couple.

4/ Orientation

- Modèle BERGER (recommandation OMS) :
 - **Bienvenue** = temps d'accueil, mise en confiance
 - **Entretien** = moment d'écoute, recueil d'informations
 - **Renseignements** = infos données en réponse à un besoin évoqué
 - **Choix** = de la thérapeutique la plus adaptée
 - **Explications** = modalité de mise en place
 - **Retour** = suivi, réévaluation si la femme le souhaite

5.1.3.4 - A faire

Evaluer le degré de détresse associé :

- Se faire préciser ce que la patiente entend par plaisir, mettre des mots sur les maux.
- Démystifier les idées reçues. Apprécier les capacités d'adaptation du sujet.
- Evaluer la motivation au changement. Comment vivez-vous cette situation ?
- Evoquer la norme = quelle signification à ce problème pour vous, pour votre partenaire ? Lui en avez-vous parlé ?

Ne pas banaliser la plainte :

- Faire comprendre que l'on a entendu sa souffrance en reformulant la plainte.
- Prendre en compte la demande réelle et orienter si on ne se sent pas compétent.

Quelles infos donner ?

- Spécificités physiologiques sexuelles homme/femmes.
- Différences féminines/masculines dans le mode de fonctionnement, d'expression, de la finalité de l'acte.
- Globale, générale sur la grossesse, la sexualité.
- Spécifique à la patiente, au couple, à la parité, à l'âge etc.
- La sexualité n'est pas innée, établit le lien du couple.
- Proposer un correspondant sexologue si besoin.

5.2 - Propositions

L'étude de la littérature, ainsi que notre étude permettent de mieux comprendre les mécanismes et les difficultés de la sexualité du couple et de la femme en période périnatale. La tâche des professionnels de santé en sera facilitée pour apporter de l'aide aux couples lors de ces mois de bouleversements.

5.2.1 - Propositions pour les professionnels de santé

K. von Sydow met en évidence l'importance de l'information à propos de sexualité, d'où qu'elle vienne (sage-femme, gynécologue ou autre professionnel de santé). Elle contribue au bien-être sexuel et à la cohésion du couple. (18)

L'étude pilote faite chez les hommes souligne le rôle de l'information, faite notamment par les professionnels. Expliquer la possibilité de poursuivre les relations sexuelles durant la grossesse et inviter l'homme à assister aux visites prénatales de sa femme pour lutter contre son sentiment d'exclusion de la dyade femme-gynécologue, peuvent représenter des moyens pour prévenir les problèmes sexuels du couple. (20)

Selon le Dr Leuillet, gynécologue et sexologue d'Amiens, les professionnels peuvent écouter et rassurer la plupart des couples. Cette écoute et cette information sont de nature à participer au maintien ou au renforcement de liens harmonieux entre les futurs parents. Le rôle du soignant est de permettre une diversification des pratiques sexuelles et de tendresse, ainsi que d'évaluer l'entente sexuelle. Il est nécessaire de savoir dédramatiser, rassurer et sécuriser les couples. Il faut aider les couples à formuler ses préjugés, verbaliser ses anxiétés, ses peurs. (21)

Ces informations peuvent aider les couples à se sentir plus à l'aise dans les périodes de transition que sont la grossesse et le post-partum. Discuter de la sexualité avec le couple et les informer des éventuels changements ou difficultés semble bénéfique. Nous pourrions imaginer, qu'en consultation, un moment soit réservé à la question de la sexualité. (22, 23)

5.2.2 - Propositions pour la sage-femme

La sage-femme a un rôle prédominant dans l'information sur le sujet de la sexualité pendant la grossesse, mais aussi sur la sexualité du post-partum. En effet, ses domaines d'intervention sont spécifiques à la période périnatale. Elle côtoie la femme et le couple à divers moments : consultations prénatales et postnatales, séances de préparation à la naissance, suivi des grossesses à risques. La sexualité du post-partum doit être évoquée en anténatal afin de préparer la femme psychologiquement à vivre le bouleversement qu'est la naissance d'un enfant. Les sages-femmes sont concernées d'autant que la loi HPST du 21 juillet 2009 invite les sages-femmes à s'impliquer dans des « actions de prévention et d'éducation à la santé et leur coordination ». En étendant leurs compétences au suivi gynécologique et à la prescription de la contraception de toutes les femmes, les sages-femmes ne peuvent alors dissocier leurs pratiques de la sexualité de la femme. (24)

D'après C. Audinet, sage-femme sexologue, la sage-femme est « l'actrice idéale » pour susciter le dialogue au sein du couple afin de les inciter à :

- l'apprentissage de la parentalité
- la redécouverte de son propre corps et du corps de l'autre
- la résurgence du désir de chacun
- la réapparition du plaisir partagé (24)

Pour cela, une formation spécifique est indispensable. Afin d'éviter les prises en charge morcelées et permettre le développement de conduites à tenir cohérentes, il paraîtrait important, pour cela, au niveau national de :

- Soutenir la formation initiale dans les écoles de sages-femmes, en essayant de faire participer des sages-femmes sexologues qui sont au plus près de la réalité de notre métier.
- Développer la formation continue, même si depuis quelques années le sujet est de plus en plus abordé grâce à une forte demande des professionnels. Il est nécessaire de former l'ensemble des consultants d'un même service, ainsi que plusieurs sages-femmes d'une même maternité, particulièrement en suites de couches.

Il semble nécessaire de sensibiliser et de former les sages-femmes hospitalières et libérales afin qu'elles aient les outils de prise en charge et qu'elles travaillent en collaboration pluridisciplinaire. Ces formations pourront prendre différentes formes comme un rappel des bases théoriques ou des jeux de rôle pour s'exercer à l'approche du sujet, afin de ne pas choquer les femmes ou les couples et à leur montrer que la porte est ouverte pour le dialogue.

Les patientes plébiscitent les séances de PNP comme étant le moment idéal en prénatal pour parler de la sexualité de la grossesse, ainsi que de la reprise de la sexualité après l'accouchement. Il semble donc primordial de conseiller à la femme de se mettre en contact avec une sage-femme pour suivre cette préparation à la naissance et à la parentalité. Il paraît opportun que la sexualité du post-partum soit évoquée en anténatal afin de préparer la femme psychologiquement à vivre le bouleversement qu'est la naissance d'un enfant. (21)

De plus, les sages-femmes en suites de couches ont un rôle primordial d'information. C'est l'occasion d'aborder le thème de la sexualité de préconiser une reprise prudente des rapports sexuels si le périnée est cicatriciel ou si la femme a peur de la douleur, de discuter de contraception, de prescrire la méthode la plus adaptée au désir du couple et de prévenir les sécheresses vaginales. L'entretien de sortie est l'opportunité de prévenir les couples sur les éventuelles difficultés pouvant être rencontrées lors de la reprise de la sexualité et pour donner quelques conseils pour faciliter cette reprise. Malgré le manque de disponibilité, les professionnels seront attentifs à donner un espace de paroles aux femmes sur ce sujet avant la sortie. (21)

5.2.3 - Autres propositions

De nombreux acteurs sont susceptibles d'intervenir et la pudeur de la femme peut ne pas être respectée, notamment lors du suivi en salle de naissance. Il est primordial de réserver son intimité à la femme et de respecter son corps, il sera alors plus facile pour elle de se recentrer sur son anatomie dans le post-partum.

Pour cela, plusieurs actions peuvent être imaginées :

- Eviter de dénuder la femme.
- Limiter au maximum le nombre de touchers vaginaux, ainsi que le nombre de personnes les réalisant.
- Limiter les aller et venus dans la pièce au moment de l'examen vaginal ou lorsque la femme est exposée pour des soins comme la toilette vulvaire, la pose d'une sonde urinaire ou la suture périnéale.
- Limiter le nombre de personnes présentes lors de l'accouchement

Il serait judicieux de porter attention aux hommes qui reçoivent encore trop peu d'informations concernant la sexualité de la grossesse et la reprise de la sexualité après l'accouchement. Les professionnels de santé pourraient être attentifs à donner des informations concernant la sexualité lors des consultations où les conjoints sont présents. On peut aussi imaginer qu'une partie de l'examen de sortie de suites de couches, incluant la contraception, les conseils d'hygiène et la reprise de la sexualité, se fasse en présence du conjoint, afin que les deux membres du couple reçoivent la même information. En revanche, cela aura lieu à la suite d'un premier entretien avec la patiente qui aura permis de cibler le contexte, afin de ne pas créer de maladrotes.

Enfin, les autres professionnels de la périnatalité pourraient être sensibilisés aux modifications de la sexualité du couple et surtout aux conditions de reprise de la sexualité dans le post-partum. En particulier les infirmières ou les auxiliaires de puériculture travaillant en maternité qui passent beaucoup de temps auprès des patientes et qui sont parfois sollicitées à répondre aux questions des femmes concernant la reprise de la sexualité.

5.2.4 - L'orientation pour une prise en charge de la femme ou du couple

Les professionnels peuvent écouter et rassurer la plupart des couples. L'écoute et l'information sont de nature à participer au maintien ou au renforcement de liens harmonieux entre les futurs parents. Cependant, il est essentiel que les sages-femmes se rapprochent des acteurs pouvant prendre en charge les femmes et initient un travail en collaboration. Nous pensons spécialement aux sages-femmes libérales qui, en dehors de tout réseau de sexologie, ne savent pas vers qui adresser leurs patientes. Des correspondants en sexologie seront recommandés après la grossesse si les problèmes persistent. En effet, aucune thérapie n'a lieu au moment de la grossesse et dans la période qui suit l'accouchement, étant donné que la sexualité de cette période est perturbée de manière presque systématique. Les thérapies ont lieu à distance de ces phases transitionnelles. Le site du Syndicat National des Médecins Sexologues propose un annuaire par département des praticiens en sexologie. (25)

5.3 - Axes d'amélioration pour la maternité d'Arpajon

1/ Envisager la mise en place de consultations par une sage-femme sexologue ou formée pour la prise en charge des dysfonctions sexuelles chez les femmes en période périnatale. Mais aussi pour toute sorte d'interrogations de la femme et du couple en matière de sexualité en période périnatale.

2/ Envisager la mise en place de formations de sexologie à l'intention des professionnels de santé (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) leur permettant de mieux appréhender les dysfonctions sexuelles féminines, qu'elles soient exprimées ou non, par toutes femmes, et ce quelque soit son âge.

3/ Réaliser des dépliants sexo à l'usage des sages-femmes professionnelles afin de lui donner quelques bases en matière de sexualité et de prise en charge des principales dysfonctions sexuelles.

4/ Réaliser un dépliant sur les modifications corporelles et la sexualité en période prénatale à l'usage des femmes enceintes.

5.3.1 - La mise en place de consultations "sexo" par une sage-femme sexologue

Pour permettre que cette information et cette prévention s'instaurent dans les pratiques professionnelles, il est indispensable de soutenir la formation initiale et de développer la formation continue. Il est nécessaire que les sages-femmes connaissent un vocabulaire adapté pour amener avec tact le sujet de la sexualité afin de permettre à la femme d'en discuter quand elle le souhaite.

Par la suite, il serait intéressant d'étudier la mise en place, dans les maternités, de counseling à propos de sexualité pour les femmes enceintes, les hommes, les couples. Ces consultations seraient bénéfiques et incluraient un dépistage des dyspareunies. Ce counseling pourrait se prolonger dans le post-partum, en même temps que le counseling de contraception, où les questions et intérêts du couple peuvent avoir changé. Ce counseling serait là pour prendre le relais et guider la femme sur le long terme.

Dans la culture anglo-saxonne, le terme de "counseling" est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. Le counseling, forme d'accompagnement psychologique et social, désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concernent. (26)

Enfin, il serait judicieux de prendre en compte les hommes qui reçoivent encore trop peu d'informations concernant la sexualité de la grossesse et la reprise de la sexualité après l'accouchement. (10 à 14)

5.3.2 - La formation des professionnels de santé

Dans le cadre du DPC, des formations en interne, sur une ou plusieurs journée(s), animées par une sage-femme sexologue pourraient être mise en place au sein de la maternité d'Arpajon.

5.3.3 - Réalisation de dépliants à l'usage des sages-femmes professionnelles

Trois brochures ont été réalisées à l'usage des sages-femmes, afin d'aider ces dernières dans la prise en charge Promotion de la santé sexuelle de la femme.

- Promotion de la santé sexuelle chez la femme enceinte
- Les dyspareunies
- Le vaginisme

Cf Annexes 7, 8 et 9

5.2.4 - Réalisation d'un dépliant à l'usage des femmes enceintes

Une brochure sur les modifications corporelles et la sexualité en période périnatale à l'usage des femmes enceintes a été réalisée.

Cf Annexe 10

Conclusion

L'accompagnement des femmes et des couples à propos de sexualité doit être possible et efficient à tout moment de la périnatalité.

Nous avons confirmé que l'information des changements possibles de la sexualité de la grossesse et que la prévention des problèmes éventuels liés à la reprise des rapports ont toute leur place dans la pratique des sages-femmes, particulièrement lors des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité.

Grâce à la réalisation d'un état des lieux auprès de treize sages-femmes de la maternité d'Arpajon et de 181 femmes en période périnatale sur leur sexualité, leurs besoins et leurs attentes dans le domaine, nous avons réaffirmé sa nécessité et sa faisabilité.

En effet, trop nombreuses sont les femmes qui n'osent pas poser des questions à propos de leur sexualité. Ainsi, elles n'obtiennent pas les renseignements qui pourraient les aider à vivre une sexualité plus épanouie pendant la grossesse, ce qui faciliterait sans doute leur reprise des rapports sexuels après l'accouchement et permettrait de retrouver un équilibre dans le couple.

Pour permettre que cette information et cette prévention s'instaurent dans les pratiques professionnelles, il est indispensable de soutenir la formation initiale et de développer la formation continue. Il est nécessaire que les sages-femmes connaissent un vocabulaire adapté pour amener avec tact le sujet de la sexualité afin de permettre à la femme d'en discuter quand elle le souhaite.

Par la suite, il serait intéressant d'étudier la mise en place, dans les maternités, de counseling à propos de sexualité pour les femmes enceintes, les hommes, les couples. Ces consultations seraient bénéfiques et incluraient un dépistage des dyspareunies. Ce counseling pourrait se prolonger dans le post-partum, en même temps que le counseling de contraception, où les questions et intérêts du couple peuvent avoir changé. Ce counseling serait là pour prendre le relais et guider la femme sur le long terme.

Enfin, il serait judicieux de prendre en compte les hommes qui reçoivent encore trop peu d'informations concernant la sexualité de la grossesse et la reprise de la sexualité après l'accouchement.

Elles ne peuvent être prises en charge efficacement qu'en les appréhendant sous leurs différentes facettes, organique, psychologique, sociale, et relationnelle avec le partenaire. Contraception, infertilité, grossesse, période du post-partum et ménopause, sont autant d'événements de la vie d'une femme qui peuvent déclencher des troubles de la sexualité, notamment une altération du désir. L'information sur la sexualité qui sera donnée par la sage-femme dans ces moments sera donc primordiale.

La santé sexuelle n'est pas réduite au traitement ou à l'absence de maladies ni à la procréation.

Bibliographie

1. Collier F, Cour F. En pratique, comment faire devant une plainte sexuelle féminine ? Prog Urol. 2013 ; 23(9) :612-20.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Définition de la sexualité [Internet]. [consulté le 15 avril 2017]. Accessible en ligne : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
3. Douki Dedieu S. Les femmes et la discrimination, Dépression, religion, société. Paris : Odile Jacob ;2011.
4. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La Découverte ;2008 : 609 p.
5. Buvat J, Glasser D, Neves RC, Duarte FG, Gingell C, Moreira J. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns : Results of a population-based survey in France. Int J Urol. .2009 ;16(7) : 632-38.
6. Cabanis C. Analyse clinique des dysfonctions sexuelles. In : Lopes P, Poudat FX. Manuel de sexologie. Paris: Elsevier Masson; 2007 :90-98
7. Poudat FX. Sexualité, couple et TCC, Les difficultés sexuelles, Vol 1.Paris: Elsevier Masson, 2011.
8. Bachmann G. Female sexuality and sexual dysfunction : Are we stuck on the learning curve ? J Sex Med. 2006 ; 3 : 639-45.
9. Giami A. Sexual Health : the Emergence, Development and diversity of a Concept. Annual Review of Sex Research.2002;3: 1-35
10. Organisation Mondiale de la Santé. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the International Health Conference [Internet]. [consulté le 15 avril 2017]. Accessible en ligne : <http://policy.who.int/>.
11. Organisation Mondiale de la Santé. Education and Treatment in Human Sexuality: The training of Health Professionals, Report of a Who Meeting Conference [Internet]. [consulté le 15 avril 2017]. Accessible en ligne : <http://www2.rz.hu-berlin.de/sexology/>.
12. Organisation Mondiale de la Santé. Regional Office for Europe, 1987, Concepts of sexual health: Report of a working group [Internet]. [consulté le 15 avril 2017]. Accessible en ligne : http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_MUR_521.pdf
13. Organisation Mondiale de la Santé. Sexual Health : a New Focus for Who. Progress in Reproductive Health Research, 67.
14. Pan American Health Organization/World Health Organization, 2000, May 19-22, Promotion of Sexual Health : Recommendations for Action. Proceedings of a Regional Consultation Convened by Pan American Health Organization (Paho), World Health Organization (Who), (In collaboration with the World Association for Sexology). <http://www2.rz.hu-berlin.de/sexology/>
15. Fabre-Clergue C, Duverger-Charpentier H. Sexualité du postpartum. La Revue Sage-Femme.2008 ;7(6) :301–304.

16. Foucault C. Sexualité du post-partum. Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. Gynécologie et obstétrique. 2011.
17. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor CR, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000;107(2):186-195.
18. K.Von Sydow. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999;47(1):27-49.
19. Ganem M. La sexualité du couple pendant la grossesse. Paris : Filipacchi, 1992.
20. Reichenbach S, Alla F, Lorson J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse: une étude pilote portant sur 72 hommes. *Sexologies*. 2001;11(42) :1-8.
21. Leuillet P. La grossesse: Un tsunami pour la sexualité du couple. Assises Françaises de Sexologie et Santé sexuelle, Lille. 2009.
22. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract*. 1998 ;47(4) :305-8.
23. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality During Pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010; 7 :136-42.
24. Audinet C. Devenir mère, devenir femme, Entretiens de Bichat, Entretiens des sages-femmes. Expansion Formation et Editions; 2006.
25. Syndicat National des Médecins Sexologues [Internet]. [consulté le 15 avril 2017]. Accessible en ligne : www.snms.org.
26. Tourette-Turgis C. Le counseling Que sais-je 313. Paris :Poche, 1996.
27. Congrès sexogyn : masculin / féminin : difficultés de la modernité – Marseille Édition 2016

Annexes

Annexe 1 : Counseling sur la sante sexuelle offert par les medecins

COUNSELING SUR LA SANTÉ SEXUELLE OFFERT PAR LES MÉDECINS

Cette déclaration de principe a été revue par le Comité des questions sociales et sexuelles et approuvée par le Comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en mars 2003.

COMITÉ DES QUESTIONS SOCIALES ET SEXUELLES

Lorna J. Grant (présidente), MD, FRCSC, Winnipeg (Man.) François Beaudoin, MD, FRCSC, Mont-Royal (Québec) Donna Cherniak, MD, CMFC, Sherbrooke (Québec) Victoria J. Davis, MD, FRCPC, Toronto (Ont.)

William A. Fisher, Ph.D., London (Ont.)

John Allan Lamont, MD, FRCSC, Hamilton (Ont.) Rosana Pellizzari, MD, CMFC, Toronto (Ont.) L'hon. Lucie Pépin, sénatrice, Ottawa (Ont.) Leslie A. Sadownik, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.) Rajni Saraf-Dhar, MD, FRCSC, Yarmouth (N.-É.) Valerie Turnbull, inf. aut., Winnipeg (Man.)

Les médecins doivent se constituer des réseaux afin de pouvoir diriger les patientes vers des spécialistes en soins de santé sexuelle lorsque les besoins des dites patientes s'inscrivent hors du cadre de leur compétence professionnelle. Les réseaux d'orientation peuvent compter des professionnels qualifiés :

- en éducation et en soins en matière de contraception;
- en prévention, en diagnostic, en traitement, en éducation et en suivi en matière de maladies transmissibles sexuellement;
- en éducation préventive et en intervention thérapeutique pour les victimes de coercition sexuelle;
- en assistance aux patientes présentant un dysfonctionnement sexuel.

La santé, les connaissances, l'information et le traitement en matière de sexualité sont des composantes importantes de l'exercice de la médecine. Les médecins doivent considérer que l'évaluation de la santé sexuelle des patientes et de leurs besoins fait partie intégrante des soins à offrir.

Les médecins doivent fournir aux patientes une information à jour en matière de santé sexuelle.

Les médecins doivent percevoir les sentiments, attitudes et normes de leurs patientes pouvant faire obstacle à la santé sexuelle personnelle de celles-ci et, à partir de cette information, les aider à se fixer des objectifs réalistes.

Les médecins doivent permettre à leurs patientes d'acquérir le savoir-faire nécessaire à la réalisation d'objectifs personnels en matière de santé sexuelle.

Les médecins doivent participer à des activités de perfectionnement professionnel permanent afin de maintenir leur niveau de connaissances et de maîtrise en ce qui concerne la santé sexuelle.

Les médecins doivent être attentifs aux valeurs et aux modes de vie de leurs patientes en matière de comportements sexuels, et les respecter.

Les médecins doivent être conscients du fait que leurs propres valeurs peuvent influencer l'exercice de leur profession.

Annexe 2 : Classification des troubles sexuels dans le DSM-III-R (1989)

TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE

302-60 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance.

302-50 Transsexualisme (spécifier la tendance antérieure : asexuelle, homosexuelle, hétérosexuelle ou non spécifiée).

302-85 Trouble de l'identité sexuelle de l'adolescence ou de l'âge adulte, de type non transsexuel.

302-85 Trouble de l'identité sexuelle non spécifié.

PARAPHILIES

(Connaissent trois degrés de sévérité selon que le sujet est perturbé par ses impulsions (légères), passé occasionnellement à l'acte (moyen) ou de façon répétée (sévère)).

302-40 Exhibitionnisme.

302-81 Fétichisme.

302-89 Frotteurisme.

302-20 Pédophilie (spécifier : même sexe, sexe opposé ou sexe identique et opposé ; exclusif ou non; incestueux ou non).

Masochisme sexuel.

Sadisme sexuel.

302-30 Transvestisme fétichiste.

302-82 Voyeurisme.

302-90 Autres paraphilies (nécrophilie, zoophilie...).

DYSFONCTIONS SEXUELLES

(Spécifier si exclusivement psychogène ou psychogène et biogène; de tout temps ou acquise; généralisée ou situationnelle.)

- Troubles du désir sexuel

302-71 Baisse du désir sexuel.

302-79 Aversion sexuelle.

- Troubles de l'excitation sexuelle

302-72 Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme.

302-72 Trouble de l'excitation sexuelle chez l'homme.

- Troubles de l'orgasme

302-73 Inhibition de l'orgasme chez la femme. **302-74**

Inhibition de l'orgasme chez l'homme. **302-75**

Ejaculation précoce.

- Troubles sexuels douloureux

302-76 Dyspareunie

302-51 Vaginisme

302-70 Dysfonction sexuelle non spécifiée.

AUTRES TROUBLES SEXUELS

302-90 Trouble sexuel non spécifié (non classable dans aucune des catégories précédente).

Annexe 3 : Questionnaire l'attention des sages-femmes

LES TROUBLES SEXUELS FEMININS

QUESTIONNAIRE ANONYME DESTINÉ AUX SAGES-FEMMES

Certaines questions nécessitent une réponse à cocher ou à entourer directement sur le questionnaire, d'autres sont à réponse libre.

Merci par avance du temps et de l'intérêt que vous y consacrerez.

QUI ÊTES-VOUS ?		
1. Vous êtes	<input type="checkbox"/> Un homme <input type="checkbox"/> Une femme	
2. Votre tranche d'âge	<input type="checkbox"/> < 30 <input type="checkbox"/> 30/40 <input type="checkbox"/> 40/50 <input type="checkbox"/> 50/60 <input type="checkbox"/> > 60	
3. Année d'obtention de votre diplôme de SF		
4. Avez-vous reçu une formation en sexologie pendant vos études ?	OUI	NON
5. Avez-vous suivi une formation en sexologie depuis la fin de vos études ?	OUI	NON
- Si oui, laquelle ?		
6. Avez-vous suivi une autre formation pouvant être utile dans le cadre de la prise en charge des troubles sexuels ?	OUI	NON
- Si oui, merci de préciser.		

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES SEXUELS/ GENERALITES		
7. Considérez-vous que la sexologie fasse partie du domaine médical ?	OUI	NON
8. Considérez-vous que la sexologie face partie du champ de compétences de la sage-femme ?	OUI	NON
9. Comment qualifieriez-vous vos connaissances en matière de sexologie ?	<input type="checkbox"/> Nulles <input type="checkbox"/> Faibles <input type="checkbox"/> Moyennes <input type="checkbox"/> Bonnes <input type="checkbox"/> Très bonnes	
10. En général, la sexologie vous intéresse-t-elle ? Sur une échelle de 0 à 5 (0 = Pas du tout, 5 = Beaucoup), quelle serait votre cotation ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
11. Etes-vous à l'aise pour parler de sexualité avec les femmes ?	OUI	NON
- Si non, pourquoi ?		
12. Sans que la patiente n'aborde le sujet, lui proposez-vous des ouvertures pour parler de sexualité ? (Quel que soit le motif de la consultation)	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Exceptionnellement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Systématiquement	
13. A quelle fréquence entendez-vous des plaintes sexuelles ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Exceptionnellement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Systématiquement	
14. Pensez-vous être compétent(e) dans la prise en charge des troubles sexuels ?	OUI	NON
15. Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'être sexologue pour prendre en charge les troubles sexuels ?	OUI	NON

1

16. Dans quelles circonstances posez-vous la question de l'existence de troubles sexuels ?		
17. Une plainte sexuelle a-t-elle de l'importance pour vous ? Sur une échelle de 0 à 5 (0 = Aucune, 5 = Beaucoup), quelle serait votre cotation ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
18. Quand une patiente aborde le sujet de la sexualité ou d'un éventuel trouble sexuel, que faites-vous ?	<input type="checkbox"/> J'étude ou je fais comme si je n'avais rien entendu <input type="checkbox"/> J'essaie de répondre et je prends en charge au moins partiellement <input type="checkbox"/> Je lui demande de revenir pour avoir plus de temps disponible <input type="checkbox"/> Je l'oriente vers un spécialiste	
19. Si vous n'abordez pas le sujet de la sexualité ou ne prenez pas en charge les troubles sexuels de vos patientes, est-ce par ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Manque de temps <input type="checkbox"/> Manque de connaissances <input type="checkbox"/> Manque d'intérêt <input type="checkbox"/> Absence de cotation <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	
LES DIFFERENTS TROUBLES SEXUELS ET LEUR PRISE EN CHARGE		
20. Prenez-vous en charge totalement ou partiellement le vaginisme ?	OUI	NON
Si oui, que faites-vous ? (Plusieurs réponses possibles)		
<input type="checkbox"/> Conseils, explications <input type="checkbox"/> Traitements médicamenteux <input type="checkbox"/> Orientation vers un autre professionnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		
Si vous utilisez des médicaments dans la prise en charge du vaginisme, lesquels ?		

21. Prenez-vous en charge totalement ou partiellement les dyspareunies ?	OUI	NON
Si oui, que faites-vous ? (Plusieurs réponses possibles)		
<input type="checkbox"/> Conseils, explications <input type="checkbox"/> Traitements médicamenteux <input type="checkbox"/> Orientation vers un autre professionnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		
Si vous utilisez des médicaments dans la prise en charge des dyspareunies, lesquels ?		
22. Prenez-vous en charge totalement ou partiellement les troubles du désir ?	OUI	NON
Si oui, que faites-vous ? (Plusieurs réponses possibles)		
<input type="checkbox"/> Conseils, explications <input type="checkbox"/> Traitements médicamenteux <input type="checkbox"/> Orientation vers un autre professionnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		
Si vous utilisez des médicaments dans la prise en charge des troubles du désir, lesquels ?		
23. Prenez-vous en charge partiellement ou totalement les troubles du plaisir ?	OUI	NON
Si oui, que faites-vous ? (Plusieurs réponses possibles)		
<input type="checkbox"/> Conseils, explications <input type="checkbox"/> Traitements médicamenteux <input type="checkbox"/> Orientation vers un autre professionnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		
Si vous utilisez des médicaments dans la prise en charge des troubles du plaisir, lesquels ?		

2

LA FORMATION EN SEXOLOGIE		
24. Seriez-vous intéressé(e) par une formation en sexologie ?	OUI	NON
25. Si elle vous intéresse, quels sont, d'après vous, les freins à cette formation ? (Plusieurs réponses possibles)		
<input type="checkbox"/> Le manque de temps <input type="checkbox"/> Le manque à gagner <input type="checkbox"/> Le manque d'intérêt <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		

Le questionnaire est terminé.

Nous vous remercions de votre participation et du temps que vous avez consacré pour répondre à toutes ces questions.

Vos commentaires sur le sujet sont les bienvenus.

Marion JOORIS

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3

Annexe 4 : Questionnaire à l'attention des gestantes



ENQUETE SUR LA SEXUALITE EN PERIODE PERINATALE

Questionnaire ANONYME à l'attention des femmes enceintes.

Dans le cadre de l'amélioration de ses services, la maternité d'Arpajon aimerait avoir votre avis sur la pertinence de la mise en place, ou non, de consultations en sexologie par une sage-femme sexologue.

Certaines questions nécessitent une réponse à cocher ou à entourer directement sur le questionnaire.

Merci par avance du temps et de l'intérêt que vous y consacrerez.

Qui êtes-vous ?		
1. Votre tranche d'âge	<input type="checkbox"/> < 25 ans <input type="checkbox"/> 25 - 35 ans <input type="checkbox"/> > 35 ans	
2. Votre nombre d'enfants (y compris cette grossesse)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 et +	
3. Votre terme	<input type="checkbox"/> 1er Trimestre <input type="checkbox"/> 2ème Trimestre <input type="checkbox"/> 3ème Trimestre	
Sexualité et maternité		
4. Depuis que vous êtes enceinte, comment qualifieriez-vous votre sexualité ?	<input type="checkbox"/> Moins bonne <input type="checkbox"/> Pareils <input type="checkbox"/> Meilleure	
5. Avez-vous des questions sur la sexualité pendant la grossesse ?	OUI	NON
6. Aimerez-vous que la sage-femme aborde le sujet de la sexualité au cours de l'entretien prénatal ou d'une consultation ?	OUI	NON

7. Oseriez-vous aborder le sujet si la sage femme ne le faisait pas ?	OUI	NON
Intérêt d'une sage-femme sexologue		
8. Aimerez-vous que la maternité d'Arpajon mette en place, tout comme les consultations d'acupuncture déjà existantes, des consultations de sexologie auprès d'une sage-femme sexologue ? (Que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement).	OUI	NON
9. Si ce « service » était mis en place, prendriez-vous rendez-vous ?	OUI	NON
10. Jugez-vous pertinent de mettre en place/proposer des consultations de sexologie en période périnatale (grossesse et post accouchement) ?	OUI	NON
11. Pensez-vous que la mise en place de ces consultations vous apporterait quelque chose et/ou serait bénéfique pour votre couple ?	OUI	NON

Le questionnaire est terminé.

Nous vous remercions de votre participation et du temps que vous avez consacré pour répondre à ce questionnaire.

Toutes les remarques sont les bienvenues.

L'équipe de la maternité

Remarques :

.....

.....

.....

.....

Annexe 5 : Questionnaire à l'attention des nouvelles accouchées



ENQUETE SUR LA SEXUALITE EN PERIODE PERINATALE

Questionnaire ANONYME à l'attention des nouvelles mamans.

Dans le cadre de l'amélioration de ses services, la maternité d'Arpajon aimerait avoir votre avis sur la pertinence de la mise en place, ou non, de consultations en sexologie par une sage-femme sexologue.

Certaines questions nécessitent une réponse à cocher ou à entourer directement sur le questionnaire.

Merci par avance du temps et de l'intérêt que vous y consacrerez.

Qui êtes-vous ?		
1. Votre tranche d'âge	<input type="checkbox"/> < 25 ans <input type="checkbox"/> 25 - 35 ans <input type="checkbox"/> > 35 ans	
2. Votre nombre d'enfants	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 et +	
3. Votre accouchement	Voie Basse	Césarienne
Sexualité et maternité		
4. Avez-vous, au cours de la grossesse ou durant votre séjour en maternité, reçu des informations concernant la sexualité ?	OUI	NON
4'. Si oui, considérez-vous que ces informations ont été suffisantes et répondaient à vos attentes ?	OUI	NON
5. Avez-vous des questions concernant la reprise de votre activité sexuelle ?	OUI	NON
6. Aimerez-vous que la sage-femme aborde le sujet de la sexualité avant la sortie ?	OUI	NON

7. Oseriez-vous aborder le sujet si la sage femme ne le faisait pas ?	OUI	NON
Intérêt d'une sage-femme sexologue		
8. Aimerez-vous que la maternité d'Arpajon mette en place, tout comme les consultations d'acupuncture déjà existantes, des consultations de sexologie auprès d'une sage-femme sexologue ? (Que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement).	OUI	NON
9. Si ce « service » était mis en place, prendriez vous rendez-vous ?	OUI	NON
10. Jugez-vous pertinent de mettre en place/proposer des consultations de sexologie en période périnatale (grossesse et post accouchement) ?	OUI	NON
11. Pensez-vous que la mise en place de ces consultations vous apporterait quelque chose et/ou serait bénéfique pour votre couple ?	OUI	NON

Le questionnaire est terminé.

Nous vous remercions de votre participation et du temps que vous avez consacré pour répondre à ce questionnaire.

Toutes les remarques sont les bienvenues.

L'équipe de la maternité

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 6 : Questionnaire à l'attention des femmes à trois mois post-partum



ENQUETE SUR LA SEXUALITE EN PERIODE PERINATALE

Questionnaire ANONYME à l'attention des femmes ayant accouché en 2016.

Dans le cadre de l'amélioration de ses services, la maternité d'Arpajon aimerait avoir votre avis sur la pertinence de la mise en place, ou non, de consultations en sexologie par une sage-femme sexologue.

Certaines questions nécessitent une réponse à cocher ou à entourer directement sur le questionnaire.

Merci par avance du temps et de l'intérêt que vous y consacrerez.

Qui êtes-vous ?		
1. Votre tranche d'âge	<input type="checkbox"/> < 25 ans <input type="checkbox"/> 25 - 35 ans <input type="checkbox"/> > 35 ans	
2. Votre nombre d'enfants	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 et +	
3. Votre accouchement	Voie Basse	Césarienne
3'. Si vous avez accouché voie basse, y-a-t-il eu un des complications ?	<input type="checkbox"/> Déchirure <input type="checkbox"/> Episiotomie <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Ventouse <input type="checkbox"/> Hémorragie de la délivrance <input type="checkbox"/> Révision utérine	
Sexualité et maternité		
4. Avez-vous, au cours de la grossesse ou durant votre séjour en maternité, reçu des informations concernant la sexualité ?	OUI	NON
4'. Si oui, considérez-vous que ces informations ont été suffisantes et répondaient à vos attentes ?	OUI	NON
5. Aviez-vous des questions concernant la reprise de votre activité sexuelle ?	OUI	NON

Votre activité sexuelle		
6. Avez-vous déjà repris votre activité sexuelle ?	OUI	NON
6'. Si oui, cela s'est-il bien passé ?		
6'. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?		
7. Aimerez-vous rencontrer une sage-femme sexologue pour parler de la reprise de votre activité sexuelle ?	OUI	NON
Intérêt d'une sage-femme sexologue		
8. Aimerez-vous que la maternité d'Arpajon mette en place, tout comme les consultations d'acupuncture déjà existantes, des consultations de sexologie auprès d'une sage-femme sexologue ?	OUI	NON
9. Si ce « service » était mis en place, prendriez vous rendez-vous ?	OUI	NON
10. Jugez-vous pertinent de mettre en place/proposer des consultations de sexologie en période périnatale (grossesse et post accouchement) ?	OUI	NON
11. Pensez-vous que la mise en place de ces consultations vous apporterait quelque chose et/ou serait bénéfique pour votre couple ?	OUI	NON

Le questionnaire est terminé.

Nous vous remercions de votre participation et du temps que vous avez consacré pour répondre à ce questionnaire.

Toutes les remarques sont les bienvenues.

L'équipe de la maternité

Remarques :

.....

.....

.....

Annexe 7 : Promotion de la santé sexuelle chez la femme enceinte

INFORMATION SUR LA SEXUALITE

- Information sur l'anatomie, le périnée, les rapports sexuels pendant la grossesse.
- Rassurer sur les craintes, les fausses croyances en matière de sexualité.
- Favoriser la communication au sein du couple conjugal et bientôt parental.
- Aborder les situations à risque pour la sexualité du couple : fatigue, rapport au corps, parentalité, changement de statut social, cicatrisation périnéale, allaitement.
- Information sur les ressources et orientations possibles.

LE PERINEE

- Les modifications du sexe pendant la grossesse
- Prise de conscience du périnée
- Le périnée et l'accouchement
- Les soins périnéaux en post-partum

LES RAPPORTS SEXUELS PENDANT LA GROSSESSE

- Les rapports sexuels n'ont pas d'inconvénient particuliers sur les grossesses à bas risque.
- L'activité sexuelle n'augmente pas le risque d'accouchement prématuré.
- Le coït n'est pas une méthode inductive du travail
- Coït déconseillé en cas de placenta bas inséré, MAP sévère, béance du col et grossesses multiples.
- Le coït pendant la grossesse n'est pas lié à la vaginose bactérienne.
- Sexualité ne veut pas dire coït : importance des caresses (manuelles et buccales).

SAVOIR

- De la naissance à la 6^{ème} semaine de post-partum seulement 9 à 17% des couples ont des rapports sexuels, à 6 semaines 50 à 62%, à 8 semaines 66 à 94% et au 3^{ème} mois 88 à 95%.
- La fréquence coïtale est réduite pour la majorité des couples dans l'année suivant la naissance.
- Impact du traumatisme génital sur la fonction sexuelle 3 mois après l'accouchement :
 - Traumatisme mineur (éraillures, déchirure 1^{er} degré) : 70%
 - Traumatisme majeur : 30%
 - Une étude révèle aussi que les femmes ayant subi un traumatisme majeur ont déclaré avoir moins de désir à être tenues, touchées et caressées par leur partenaire que celle ayant subi un trauma mineur.
- 40% des femmes rencontrent des difficultés lors du 1^{er} rapport sexuel en post-partum.
- 57% ont le souci de satisfaire sexuellement leur partenaire.
- Seulement 14% des femmes et 12% des hommes rapportent ne pas avoir eu de problèmes sexuels en post-partum.

SEXUALITE EN POST PARTUM

- Période de nombreux bouleversements au niveau somatique, psychique, familial, conjugal qui peuvent largement influencer sur la sexualité de la femme et de l'homme.
- Période où la femme redécouvre son corps → modifications corporelles : vergetures, prise de poids, volume de la poitrine, relâchement musculaire, diastasis, prise de conscience du périnée.
- Conséquences sur la sexualité du déroulement et vécu de l'accouchement :
 - Césarienne → sentiment d'échec et frustration mais meilleure sexualité
 - Sentiment de passivité et de soumission après une aide à l'expulsion + mutilation sexuelle (épisiotomie)
 - Culpabilité devant une perte de contrôle
- Le sexe féminin perd son côté érotique au profit de la procréation. Lieu de plaisir → lieu d'enfantement.

ALLAITEMENT ET SEXUALITE

- Après la naissance, l'attention psychique de la mère est centrée sur le nouveau-né (tensions au sein du couple possible) et la satisfaction de ses besoins.
- L'allaitement peut influencer sur la sexualité : baisse de libido, sécheresse vaginale, jet de lait (ocytocine).
- La méta analyse de K. Von Sydow montre que les femmes qui allaitent sur une longue période reprennent plus tardivement les rapports sexuels, présentant moins d'intérêt pour la sexualité et souffrent plus souvent de dyspareunies ; de même que l'arrêt de l'allaitement a un effet positif sur la sexualité.

VALORISER UN RAPPORT CORPS POSITIF PENDANT LA GROSSESSE

- Yoga pré natal
- Sophrologie
- Haptonomie
- Eutonie
- Aquagym périnatale (rapport au corps différent)

FAVORISER LA COMMUNICATION AU SEIN DU COUPLE

- Préparation à la naissance en couple.
- Séance individuelle avec le couple (++) si questionnements personnels, lien perturbé, souffrance de la future mère / futur père)
- Encourager les échanges sur l'organisation le jour de l'accouchement, lors du retour à domicile, sur le corps pendant la grossesse et en post-partum (périnée, ventre), reprise des rapports sexuels, rôles parentaux imaginés par chacun...

LES RESSOURCES ET ORIENTATIONS POSSIBLES

- Sage-femme : en pré et post-partum (maternité ou domicile), séances post natales, rééducation du périnée
- Obstétricien
- Sage-femme formée en sexologie
- PMI
- Psychologue (avant la naissance +++)
- Associations
- Violence conjugale info 3919

Afin que les sages-femmes ne disent plus
« C'est une histoire qui ne nous appartient pas »

PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

A L'USAGE DES SAGES-FEMMES

Maternité d'Alsopon

Annexe 8 : Les dyspareunies

GENERALITES DES DYS-PAREUNIES

Pas parler de la dyspareunie, mais des dyspareunies.

Les dyspareunies se caractérisent principalement par une douleur intense lors de la pénétration.

Le terme dyspareunie provient du grec «dus» qui signifie «difficulté» et du grec «pareunos» qui veut dire «accouplement», les dyspareunies devenant alors des difficultés d'accouplement.

Il a longtemps été considéré comme appartenant au domaine de l'hystérie.

De nos jours, les dyspareunies sont reconnues comme étant un alliage de facteurs biologiques et de facteurs psychologiques pouvant être présents même lorsqu'il y a une étiologie biologique connue.

Les douleurs sont déclenchées dans des circonstances très différentes.

Leur signification est différente selon leur siège, leur chronicité et les circonstances de leur apparition.



C'est aussi un symptôme psycho-somatique idéal, permettant à la femme de dire «J'ai mal, donc je ne peux pas». Le partenaire ne pouvant transgresser cet interdit sans être taxé de brutalité ou d'égoïsme.

LES DIFFERENTS TYPES DE DYS-PAREUNIES



Superficielles / d'introumission	Douleurs à l'entrée du vagin
Profondes	Douleurs au fond du vagin
Primaire	Qui ont toujours existées
Secondaire	Qui sont survenues après une période sans douleurs

Pour cela, il faut préciser :

- L'origine du trouble, l'ancienneté, les circonstances de son apparition,
- Si elle est brutale ou progressive
- Les signes d'accompagnement,
- Si elle est exceptionnelle ou permanente,
- Si elle est déclenchée par les mouvements ou les positions,
- Si elle est médiane ou latéralisée,
- Si elle cesse avec la fin des rapports ou lui survit et alors pendant combien de temps.

FACTEURS POUVANT INFLUENCER L'APPARITION DE DYS-PAREUNIES

- * **Les facteurs de développement** de l'enfance constituant les piliers de l'anxiété à l'âge adulte.
- * **Les facteurs traumatiques** faisant référence à des actes sexuels tels que les abus ou atouchements.
- * **Les facteurs relationnels** en corrélation avec les contrariétés conjugales nuisant au bon déroulement des interactions sexuelles.

DYS-PAREUNIES ET POST-PARTUM



Quelques chiffres...

La dyspareunie du post-partum est essentiellement secondaire.

Elle est souvent le symptôme d'un problème psychique sous jacent.

Intérêt d'une écoute attentive, patiente et prolongée de la femme et du couple.

69% des patientes ressentent des dyspareunies lors du premier rapport sexuel après la naissance (Etude de Buhling).

On compte 2,5 x plus de dyspareunies à 6 mois du post-partum pour les accouchements par extraction instrumentale que par voie basse spontanée (Etude de Signorello en 2001).

On compte 2,4 x plus de dyspareunies à 3 mois du post-partum pour les accouchements avec épisiotomie qu'avec déchirure du 1^{er} et 2^{ème} degré ou périnée intact (Etude de Sartore en 2004).

Le taux de dyspareunies est bien plus important lorsque l'on effectue des points séparés sur le plan cutané (48,8%) que lorsque l'on pratique le surjet intradermique (16,7%).

Lien entre l'allaitement et l'existence de dyspareunies à six mois du post-partum.

Seulement 6,6% des femmes dyspareuniques ont consulté pour ce problème.

LES CAUSES DES DYS-PAREUNIES

Les causes de la dyspareunie sont diverses et peuvent être d'origine organique ou psychologique.

Causes organiques	Causes Psychologiques
- Infection vulvo-vaginale	- Mauvaise image de son corps, manque d'estime de soi
- Inflammation du col de l'utérus	- Tension dans le couple (désaccords, difficultés relationnelles...)
- Etroitesse du vagin	- Anxiété/dépression/stress/peur
- Utérus rétroversé	- Manque de désir sexuel
- Mycoses vaginales	- Le vécu de la femme (traumatisme psycho-sexuel, éducation sexuelle rigide...)
- Kyste à l'ovaire	
- Lésions apparues suite à un accouchement	
- Endométriose	
- Ménopause	

PRISE EN CHARGE



Etablissement d'un alliance thérapeutique → discours bienveillant :

« Où ? Quand ? Parlez-moi de votre douleur, tout m'intéresse, notamment les mots utilisés pour la décrire, nous verrons, dans un second temps, votre histoire personnelle ».

Différentes étapes :

1 Compréhension du symptôme dans ses 4 composantes : émotionnelles, cognitives comportementales, relationnelles

2 Prise en compte du rôle actif de la femme face à son trouble, passage du « subi » : « Je n'y peux rien, c'est plus fort que moi » à l'« actif » : « J'ai quelques outils avec lesquels je peux intervenir ».

3 Sur le plan comportementale, explication des exercices de Kegel* afin de mieux se connaître intimement.

4 Auto enregistrement des pensées dysfonctionnelles et rétablissement de celles-ci en pensées rationnelles. Système de cotations.

Exemples :

« A combien je pense que son penis peut rentrer ? »

Non 0 10 Oui

« A combien je pense avoir mal ? »

Pas du tout 0 10 Maximum de douleur

Prescription possible de certaines médications à action centrale comme la Capsaïcine (effets bénéfiques sur la douleur vulvaire). Avec association parallèle de moyens locaux, crèmes apaisantes, pommades, bain de siège, lubrifiants hydratants, des produits comme le Monasens®, Géliofil®, Prévegyne®, Trophigil®...

Les patientes ne doivent pas se focaliser sur l'attente obsédante d'une disparition totale de la douleur mais voir la douleur comme une « gêne » qu'elles parviendront à « oublier ».

Objectif : Soulager le symptôme d'insatisfaction sexuelle dans son ensemble.

Le meilleur antidouleur c'est le plaisir !



DYS-PAREUNIES

A L'USAGE DES SAGES-FEMMES



Annexe 9 : Le vaginisme

DEFINITION DU VAGINISME



Trouble fonctionnel entravant la liberté sexuelle de la femme.

Contraction « invincible » des muscles périvaginaux rendant impossible la pénétration.

Phénomène réflexe qui peut être douloureux à la pénétration, accompagné de peur des rapports.

Il peut être de tout temps : ce sera alors un vaginisme primaire avec une virginité conservée ; ou un vaginisme acquis, appelé alors secondaire, conséquence d'un accouchement traumatique ou d'une chirurgie.

C'est un trouble sexuel défini par la contraction réflexe des muscles périvaginaux rendant impossibles toutes ou certaines pénétrations. Il s'accompagne fréquemment de phobies. C'est la conséquence souvent d'une éducation stricte avec des antécédents de choc émotionnels et de violence sexuelle.

L'interrogatoire minutieux est important, car le diagnostic est difficile.

La disponibilité du thérapeute spécialisé est primordiale ; il doit informer l'équipe de l'évolution de la patiente.

Ce trouble concerne surtout les femmes émotives, très sensibles, ayant reçu peu d'information sur la sexualité.

LES DIFFERENTS TYPES DE VAGINISMES

Primaire	Dès le début de la vie sexuelle. Union non consommée – patiente vierge.
Secondaire	Survient lorsque la vie sexuelle était auparavant normale. Complication d'une dyspareunie ou d'une intervention médico chirurgicale. Conséquence d'un traumatisme psychosexuel ou d'une mésentente sexuelle.
Sélectif	Rend impossibles seulement certaines pénétrations.
Absolu	Rend impossibles toutes les pénétrations quelles qu'elles soient.
Superficiel	Dit Vaginisme de rétention. Intéresse les muscles périvaginaux (constricteur de la vulve).
Profond	Dit vaginisme d'expulsion. Concerne les faisceaux élévateurs des muscles du périnée profond.
Complicqué	S'accompagne d'autres troubles sexuels (anorgasmie, frigidité chez la femme – trouble d'érection ou d'éjaculation chez le partenaire).



VAGINISME ET MATERNITE

L'essentiel en 10 points clés...



- 1 Il faut idéalement traiter le vaginisme en anténatal, car le désir d'enfant améliore le pronostic de guérison.
- 2 Le diagnostic doit être précoce, dès le début de la grossesse en identifiant le type et l'étiologie du vaginisme.
- 3 La prise en charge doit être multi-disciplinaire, gynécologue, obstétricien, sexologue, psychiatre, ostéopathe etc.
- 4 La préparation à la naissance et à la parentalité doit insister sur la découverte du schéma corporel, associer une prise de conscience périnéale et une préparation spécifique attentive.
- 5 La prise en charge du stress est importante et contribue à la guérison.
- 6 En salle de naissance, prévenir l'équipe de garde de la nécessité d'une prise en charge adaptée et respectueuse.
- 7 Au cours du travail, les touchers vaginaux peuvent être espacés, voire évités et la péridurale apportera du confort.
- 8 En aucun cas la césarienne n'est systématique (sauf décision obstétricale pour une autre raison) et le choix du mode d'allaitement reste libre.
- 9 L'intérêt de la rééducation périnéale à visée éducative avec un thérapeute spécialisé s'avère indispensable.
- 10 Attention au risque de survenue d'une nouvelle grossesse. Même en l'absence de pénétration !

PRISE EN CHARGE DU VAGINISME

Programme de Master et Johson

1^{re} et 2^e semaines :

La femme essaie de se caresser longtemps tout le corps en évitant les zones sexuelles et, surtout, se dire "j'aime, je n'aime pas, plus fort, moins fort".

3^e et 4^e semaines :

La femme essaie de caresser sur tout le corps en caressant les zones sexuelles comme les autres parties du corps, en disant à l'autre les informations "j'aime, je n'aime pas, plus fort, moins fort" (trouver les zones sensuelles).

5^e et 6^e semaines :

La femme essaie de caresser sur toutes les zones du corps en insistant plus sur les zones sexuelles et sensuelles, en se disant toujours ce qui fait Plaisir ou non ; la lubrification et sensations apparaîtront alors peu à peu.

Lors des rendez-vous suivants, posez des questions discrètes : "Est-ce mieux, avez-vous rencontré des difficultés, lesquelles ?" et ajustez votre programme, encouragez le couple et proposez les séances pratiques de toucher progressif, doigt, pénis, sur les zones sexuelles de la femme.



Hiérarchisation dans le vaginisme

	Anxiété (%)	Note d'efficacité personnelle – ce qu'elle se sent capable de faire. Croyance aux résultats (%)
Regarder mon corps nu dans une glace		
Regarder mon sexe nu dans une glace		
Toucher mon sexe sans le regarder		
Toucher mon sexe en regardant		
Explorer mon sexe		
Délimiter avec un doigt l'entrée du vagin		
Placer un doigt en restant quelques instants à l'entrée du vagin		
Pénétrer un petit doigt dans le vagin sans y rester		
Pénétrer le médium dans le vagin en contractant mon vagin dessus		
Pénétrer deux doigts dans le vagin		
Caresser mon partenaire au niveau des zones sexuelles		
Avec partenaire : approcher un doigt en le tenant proche de la vulve sans pénétration		
Pénétrer un doigt du partenaire dans le vagin		
Pénétrer deux doigts du partenaire en les tenant dans le vagin		
Approcher la verge en la tenant proche de la vulve sans pénétration		
Essayer de faire pénétrer la verge, la femme étant en position supérieure.		

Jarousse et Poudat – 1992



VAGINISME

A L'USAGE DES SAGES-FEMMES



Annexe 10 : Sexualité et grossesse

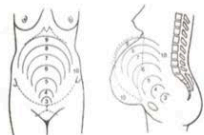
LES MODIFICATIONS ANATOMIQUES

Les seins :

- Augmentent de volume
- Deviennent souvent plus durs et plus lourds
- L'aréole s'élargit, se fonce
- Le réseau veineux apparaît à la surface de la peau
- Leur sensibilité augmente

L'utérus :

C'est un « muscle magique » qui grossit tout au long de la grossesse pour atteindre parfois 30 fois son volume initial. A terme, il peut mesurer 33 cm au lieu de 8 cm. En se dilatant, il comprime les organes voisins (vessie, intestin, estomac...) provoquant les petits maux de la grossesse : envie fréquente d'uriner, reflux acides, constipation ou diarrhée..., désagréments que la femme enceinte connaît bien.



Le vagin :

Il se rétrécit du fait de l'afflux de sang : cela permet pendant les rapports sexuels une meilleure sensation du sexe du partenaire

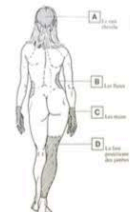
La vulve :

- Les petites lèvres peuvent devenir violacées
- Le clitoris augmente de volume
- Les pertes blanches augmentent en début et en fin de grossesse : ceci est normal

En général :

De nombreuses modifications surprenantes sont observées au niveau du corps :

- La peau
- Les cheveux
- L'intestin
- Le goût
- L'odorat
- La vessie



POSITIONS ET ASTUCES

Même si ces quelques conseils n'égaieront jamais l'imagination débordante de chaque couple, voici par des illustrations la réponse à une question qui reste souvent non formulée, mais qui préoccupe beaucoup les futurs parents :

Quelles sont les positions compatibles avec un gros ventre ?

- Tant que le ventre n'est pas imposant, toutes les positions sont possibles, à condition que le futur papa ne fasse pas reposer tout son poids sur le ventre de sa partenaire.
- Quand vous pensez que le ventre peut gêner les rapports sexuels.

Ces positions comportent de nombreuses variantes mais elles « libèrent » le ventre et n'entraînent pas une pénétration trop profonde. Laissez cours à votre imagination et n'oubliez pas que tous les substituts de l'amour sont autorisés dans la mesure où ils respectent l'intimité, le désir et l'envie de chacun !



Contre-indications aux rapports sexuels

Les rapports sexuels peuvent avoir lieu jusqu'au jour de l'accouchement, cependant il existe certaines contre-indications : antécédents de naissances prématurées, menaces d'accouchement prématuré, rupture précoce des membranes, écoulement sanguin inexplicable, placenta bas inséré, grossesse multiple.

N'ayez pas de craintes, si les rapports sexuels vous sont interdits, votre gynécologue ou la sage-femme vous en informera. Si vous-même avez un doute, n'hésitez pas à faire part de vos préoccupations aux personnes qualifiées qui suivent votre grossesse.

EVOLUTION DE LA SEXUALITE AU COURS DE LA GROSSESSE

Premier trimestre : le temps de la sexualité

De la conception à 2 mois ½ environ, la femme enceinte vit de profonds changements tant dans sa tête que dans son corps.

Manifestations physiques :

De petits signes pas toujours bien vécus marquent le début de la grossesse : nausées, vomissements, somnolence, pouvant entraîner des baisses du désir. Mais, rien n'est systématique. Les femmes préfèrent la tendresse et les câlins à l'acte sexuel et on observe, en général, une diminution d'environ 20% des rapports les 3 premiers mois. Le conjoint devrait, en réponse aux désirs de sa femme, se montrer tendre et rassurant.

Transformations psychiques :

Même si aucune transformation physique n'est visible, le corps porte une vie nouvelle sur laquelle la future mère focalise. A la fois fascinée et angoissée, la libido de la femme passe pour certaines au second plan. Pour d'autres futures mamans, rien ne change : le bébé encore immobile reste une idée : ainsi leur sexualité reste inchangée.

Deuxième trimestre : l'amour comme avant

Au deuxième trimestre, la libido est intensifiée pour différents raisons.

Manifestations physiques :

- Nausées et fatigues se sont envolées
- Le ventre s'est arrondi, mais pas gênant, permettant une vie sexuelle intensive et harmonieuse.
- La peau est de velours, la chevelure superbe, les seins glorieux.
- Le taux d'hormones féminines augmente considérablement.
- Au niveau du vagin, l'afflux de sang dans les veines pelviennes entraîne un engorgement du bas ventre provoquant une congestion permanente du sexe, la lubrification vaginale est importante.
- Ainsi, certaines femmes découvriront leur premier orgasme à ce moment-là.
- Le partenaire peut être intimidé par les légers changements physiques mais le regain de vitalité et l'enthousiasme de la future mère le bouleversent.

Transformations psychiques :

La future mère s'affirme en tant que FEMME et l'intensification de sa sexualité, à cette période, la rassure sur son statut et son pouvoir de séduction.

Quand bébé commence à s'imposer :

Aux environs du 4^{ème} mois, le bébé bouge : le couple accepte à deux l'idée d'un nouvel être.

Il faut savoir :

- L'orgasme ne dérange pas le bébé. S'il bouge pendant les rapports, c'est à cause de l'afflux et du reflux de sang dans la région pelvienne.
- Ne pas confondre les spasmes orgasmiques avec les contractions utérines

Grossesse et entente du couple :

La grossesse rime souvent avec entente érotique plus forte mais elle peut être révélatrice de certains problèmes relationnels ou sexuels : confiez-vous l'un à l'autre ou osez en parler au médecin ou à la sage-femme qui vous plaît !

- La femme : Elle est souvent fière de son gros ventre, se sent forte et a l'impression de dominer le Monde.

- L'homme : soit il ne voit plus le corps de sa compagne comme un objet de désir, soit il n'ose exalter ses fantasmes craignant des conséquences néfastes pour la suite de la grossesse. Il peut se sentir frustré, isolé puisque sa compagne vit seule physiquement, une aventure commencée à deux.

Où le partenaire se situe-t-il : comme époux, amant ou père ? Les futurs parents doivent se faire plaisir et par les relations sexuelles et par la complicité : le dialogue permet de conserver une entente harmonieuse.

L'enfant dans le ventre doit apparaître comme une preuve d'amour, un lien supplémentaire, un nouveau centre d'espoir et d'intérêts communs.

Attendre un enfant à deux, c'est magique et gratifiant.

Troisième trimestre : un désir inconstant

Lors du dernier trimestre, la future maman voit ses désirs s'émousser et on observe souvent une diminution des rapports sexuels.

Trois mois parsemés d'inquiétudes :

Au niveau physique, les signes sont nombreux et pesants : jambes lourdes, lombagos, fatigue, hémorroïdes, brûlures d'estomac, ventre imposant rendent les femmes fragiles, voire déprimées. Les couples ont souvent peur de déclencher l'accouchement par des rapports sexuels.

Plus on s'approche du jour J, plus la future mère appréhende la douleur et plus son désir sera inhibé et sa capacité orgasmique bloquée.

La tendresse prime :

Le ventre de plus en plus imposant rend l'acte sexuel acrobatique. Mais le dialogue permet un échange amoureux : favorisez les gestes tendres, les baisers, les câlins, les caresses, les massages... Chaque membre du couple doit se montrer compréhensif et sécurisant ! Dialogue et tendresse permettent de traverser avec bonheur cette période de gestation si riche en émotions contradictoires...

Gynécologues et sages-femmes ne sont pas là pour juger, mais pour renseigner, tous permettant de vivre une grossesse épanouie.

A retenir

- Les rapports n'entraînent pas de fausses couches, celles-ci étant généralement dues à une anomalie de formation de l'œuf.
 - Le sexe de l'homme ne peut pas entrer en contact avec le futur bébé : celui-ci ne peut être touché, écrasé, blessé.
 - Inversement, le futur père ne risque absolument pas de se faire « mordre » par son enfant.
 - L'orgasme peut provoquer une contraction de l'utérus mais cette dernière ne provoquera pas l'accouchement.
 - Lors des relations sexuelles, l'enfant est stimulé. Il bouge, réagit à l'amour de ses parents et se sent comme dans un bain bouillonnant.
 - Le bébé est sensible aux caresses sur le ventre de sa future maman.
 - Même si les acrobaties ne vous conviennent plus, n'oubliez pas la tendresse et le dialogue.
 - Si au cours d'un rapport sexuel, il vous arrive de saigner, venez consulter sans peur et sans honte.
- Et si un conseil pratique vous permettait de vivre une grossesse heureuse, sereine et harmonieuse ? Les gynécologues et sages-femmes sont des personnes qualifiées pour répondre à toutes vos interrogations, alors n'hésitez pas !

En conclusion

Il est conseillé de continuer à faire l'amour pour le bonheur des deux partenaires et la bonne santé du couple.

Maintenir une activité sexuelle pendant la grossesse apporte un sentiment de sécurité et renforce le lien affectif entre les conjoints car il faut savoir qu'il persiste souvent chez la femme enceinte un désir très intense de démonstrations d'amour.

Les rapports amoureux permettent un enrichissement global pour les relations futures après l'accouchement.

Que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement, le couple doit se sentir libre de poursuivre ou d'interrompre les relations sexuelles d'un commun accord, sachant que de nombreux facteurs extérieurs (souvent méconnus des obstétriciens ou des sages-femmes), interviennent dans les relations entre deux puis trois êtres.

Futurs parents, que cette brochure contribue à vous faire vivre une grossesse heureuse, épanouie et sans tabous !



SEXUALITE ET GROSSESSE

A L'USAGE DES FEMMES

La sexualité pendant la grossesse est, aujourd'hui encore, un sujet tabou, délicat dont on ne parle que très peu : nous proposons aux futurs parents cette documentation explicative afin de la banaliser. La grossesse est une aventure unique pour chaque couple et chacun vit ce « voyage » long de neuf mois selon ses convictions et son imagination. Ce dépliant vous donnera des réponses simples aux multiples questions qui restent trop souvent tues.



Résumé

Université de Lorraine - Ecole de Santé Publique de Nancy
Mémoire de fin d'études de
Master 2 « Santé publique et environnement »
Spécialité : « Intervention en promotion de la santé »

Evaluation de la prise en charge des troubles sexuels féminins en période périnatale à la maternité de d'Arpajon de janvier à mars 2017.

Lors du suivi périnatal, le thème de la sexualité est peu abordé avec la femme ou le couple. Or, la santé sexuelle d'un couple favorise son épanouissement, notamment en post-partum où les relations de couples peuvent être fragilisées par l'arrivée d'un enfant.

Afin de connaître le rôle des sages-femmes dans la prévention et la prise en charge des troubles sexuels féminins, nous avons réalisé un état des lieux auprès de treize sages-femmes de la maternité d'Arpajon, et interrogé 181 femmes en période périnatale sur leur sexualité, leurs besoins et leurs attentes dans le domaine.

Nous avons pu mettre en avant l'importance de la santé sexuelle en période périnatale et montrer que le manque de prise en charge existant actuellement était principalement dû à un manque de formation des sages-femmes en sexologie.

Notre objectif était de sensibiliser les sages-femmes sur la prévalence et les conséquences des difficultés sexuelles des couples ainsi que sur le rôle primordial qu'elles peuvent avoir dans le soutien de ces femmes à travers l'écoute, la prévention, le dépistage, l'information et l'orientation.

Mots-clés : Sexualité, Périnatalité, Troubles sexuels, Information, Sage-femme

During the perinatal follow-up, the theme of sexuality is little discussed with the woman or the couple. However, the sexual health of a couple favors its development, especially in postpartum, where couples' relationships can be weakened by the arrival of a child.

In order to know the role of midwives in the prevention and management of female sexual disorders, we carried out a survey of thirteen midwives of Arpajon maternity and interviewed 181 women during the perinatal period. Their sexuality, their needs and their expectations in the field.

We were able to highlight the importance of sexual health during the perinatal period and show that the lack of care currently existing was mainly due to a lack of training of midwives in sexology.

Our goal was to educate midwives about the prevalence and consequences of couples' sexual difficulties and the primary role they can play in supporting these women through listening, prevention, screening, Information and guidance.

Keywords : Sexuality, Perinatality, Sexual disorders, Information, Midwife