

La sexualité en période périnatale : quand et comment en parler ?

État des lieux sur la sexualité par une étude
prospective menée auprès de patientes du CHU
de Nantes

Mémoire présenté et soutenu par

Léonie SCHNEIDER

Née le 14 Novembre 1996

Directeur de mémoire : Mme Florence GIRARD, Sage-femme

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, un grand MERCI aux femmes ayant accepté de participer à la réalisation de cette étude.

A Madame Florence GIRARD, sage-femme au CHU de Nantes, pour son encadrement bienveillant, son écoute et son soutien.

A Madame Valérie PHILIPPE, sage-femme enseignante à l'école de Sages-femmes de Nantes, pour son aide, sa disponibilité et son implication.

A mes parents, merci de toujours être là pour me soutenir.

Enfin, merci à mes amis d'être toujours présents, merci de m'avoir écoutée dans les bons comme dans les mauvais moments. Avec une pensée particulière pour Alexane, Alice, Charlotte et Lisa sans qui ces années d'étude n'auraient pas été pareilles.

*« Choisis un travail que tu aimes, et tu n'auras pas à travailler un seul jour dans ta vie »
Confucius*

GLOSSAIRE

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

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

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IREPS : Instance Régionale Éducation et de Promotion de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SFL : Sage-Femme Libérale

SOMMAIRE

I	INTRODUCTION	1
II	MATERIEL ET METHODE	3
1	Nature de l'étude	3
2	Population de l'étude	3
2.1	Critères d'inclusion.....	3
2.2	Critères d'exclusion	3
3	Déroulement de l'étude.....	3
3.1	Phase de test des deux questionnaires	3
3.2	Distribution du premier questionnaire.....	4
3.3	Distribution du second questionnaire	4
3.4	Recueil des données.....	4
3.4.1	Premier questionnaire	4
3.4.2	Second questionnaire	4
4	Objectif principal	5
5	Objectifs secondaires	5
6	Caractéristiques des variables étudiées	5
7	Analyse statistique.....	5
III	RESULTATS.....	6
1	Taux de réponses aux questionnaires	6
2	Caractéristiques de la population	7
2.1	Démographiques.....	7
2.2	Antécédents.....	8
3	Caractéristiques de la grossesse	8
4	Sexualité avant la grossesse.....	8
5	Sexualité pendant la grossesse	9
5.1	Intensité.....	10
5.2	Fréquence de l'activité sexuelle.....	11
5.2.1	Fréquence au 1 ^{er} trimestre de grossesse	11
5.2.2	Fréquence au 2 ^{ème} trimestre de grossesse.....	12
5.2.3	Fréquence au 3 ^{ème} trimestre de grossesse.....	12
5.3	Modifications négatives.....	13
5.4	Modifications positives.....	13

6	Caractéristiques de l'accouchement	14
6.1	Accouchement	14
6.2	Vécu de l'accouchement.....	14
6.2.1	Par les patientes	15
6.2.2	Par les conjoints	15
7	Alimentation du nouveau-né	16
8	Sexualité dans le post-partum	16
8.1	Retour de la sexualité.....	16
8.2	Sensations lors de la reprise des rapports.....	18
8.3	Causes de la non-reprise de la sexualité.....	19
9	Informations sur le sujet de la sexualité	19
9.1	Informations reçues	19
9.1	Besoin des femmes en matière d'information	20
9.2	Moment privilégié pour recevoir une information	22
IV	DISCUSSION	23
1	Population d'étude	23
1.1	Caractéristiques sociodémographiques	23
1.2	Caractéristiques de l'accouchement	24
2	Forces et limites de l'étude.....	24
2.1	Forces	24
2.2	Limites	24
3	Sexualité avant la grossesse.....	25
4	Sexualité pendant la grossesse	25
4.1	Fréquence de l'activité sexuelle.....	26
4.2	Désir et plaisir	27
4.2.1	Le désir.....	27
4.2.2	Le plaisir	27
4.3	Autres modifications rencontrées lors de la grossesse	28
4.4	Le partenaire	29
5	Sexualité du post-partum	30
5.1	Retour à la sexualité	30
5.1.1	Le retour à la sexualité influencé par plusieurs variables ?	30
5.1.2	Influence de l'alimentation et du couchage du nourrisson dans le retour à la sexualité.	31
5.1.3	Quand se fait le retour à la sexualité ?	33
5.2	Modifications ressenties.....	33
5.2.1	Désir et plaisir.....	33
5.2.2	Autres modifications.....	34

5.3	Non-retour à la sexualité	35
5.3.1	Pour la femme.....	35
5.3.2	Pour le partenaire.....	36
6	Informations sur la sexualité	37
6.1	Quels sont les recommandations sur l'information à délivrer ?.....	37
6.2	Les femmes reçoivent-elles une information sur la sexualité ?.....	38
6.3	Quand l'information a-t-elle été délivrée ?	39
6.4	Quel est le moment le plus adapté pour recevoir une information sur la sexualité ?.....	39
6.5	Quel est le rôle de la sage-femme ?.....	41
V	CONCLUSION	42
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>		
<i>TABLE DES ILLUSTRATIONS</i>		
<i>ANNEXES</i>		

I INTRODUCTION

La grossesse est un chamboulement dans la vie d'une femme mais aussi dans la vie d'un couple. Des inquiétudes et des questionnements peuvent survenir. Les modifications physiologiques de la grossesse vont avoir un impact autant sur le physique que sur le psychique. La femme qui devient mère, va apprendre à concilier maternité et conjugalité. Tout ce qui touche la sexualité va aussi évoluer au fil des changements et des expériences vécus par la femme.

Bien qu'universelle, la sexualité peut être un sujet délicat à aborder pour des raisons culturelles, religieuses ou simplement pour cause de pudeur personnelle. De grandes évolutions en rapport avec le sujet de la sexualité ont façonné l'histoire de ces dernières décennies. Ce n'est seulement qu'en 2002 que la définition de santé sexuelle a été énoncée par l'OMS. Elle est définie comme « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés* » (1). On constate à travers cette définition l'aspect complexe et plurifactorielle de la sexualité. A noter que la notion de santé sexuelle est prise en considération dans la politique de santé actuelle avec la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (2).

Malgré ces avancées, le sujet de la sexualité reste généralement délicat à aborder et est donc rarement discuté lors du parcours de soin. La difficulté d'en parler peut être une explication. En effet, aborder le sujet revient d'une certaine manière à rentrer dans la sphère privée de la personne. Il peut aussi exister la peur d'être jugé par les autres si on évoque librement ce sujet.

Lors d'une grossesse, la femme est suivie par un ou plusieurs membres du milieu médical. Les différents stages réalisés durant mes études de sage-femme m'ont fait remarquer que le sujet de la sexualité était peu abordé pendant la grossesse et le post-partum. Cela venait souvent dans un second temps, via les questions sur la contraception ou lorsque la patiente elle-même abordait la question.

Le personnel médical, qui suit les femmes enceintes, se doit d'accompagner celles-ci dans la parentalité sans faire abstraction du sujet de la sexualité. En profitant du véritable lien de confiance créé pendant la grossesse avec la patiente, la sage-femme peut ainsi l'informer pleinement sur ce sujet épineux qu'est la sexualité.

J'en suis donc venue à me demander quels étaient la demande et le besoin des femmes sur le sujet de la sexualité et si elles avaient pu recevoir des informations du personnel soignant.

Par ce mémoire, nous avons tenté de connaître les besoins des femmes en matière d'informations sur la sexualité. Pour cela, nous avons étudié l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la sexualité ainsi que les manques en matière d'information. L'objectif principal est une meilleure prise en charge des patientes. Nous avons aussi tenté de connaître le moment privilégié pour une délivrance d'informations sur la sexualité.

II MATERIEL ET METHODE

1 Nature de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, analytique et prospective. C'est une étude de cohorte.

2 Population de l'étude

2.1 Critères d'inclusion

Les patientes incluses dans l'étude étaient hospitalisées dans le service de suites de couches du CHU de Nantes du 25 Mars 2019 au 2 Juin 2019. Elles recevaient le premier questionnaire entre le premier jour et le troisième jour de post-partum.

Toutes les voies d'accouchement (non instrumentale, instrumentale et césarienne) ont été incluses.

2.2 Critères d'exclusion

Ont été exclues les patientes qui ne parlaient pas et/ou ne savaient pas lire le français, ainsi que les patientes hospitalisées en Unité Kangourou : l'état du nouveau-né (prématuré et/ou présentant une pathologie néonatale), nécessitant un séjour plus long, aurait généré un biais dans les réponses au second questionnaire.

3 Déroulement de l'étude

3.1 Phase de test des deux questionnaires

Chaque questionnaire a été testé par plusieurs patientes dans le service de suites de couches le 19 Mars 2019. Cette phase de test a eu pour but de vérifier la bonne compréhension des questions et la faisabilité du questionnaire par les patientes. Elle avait principalement pour objectif d'ajuster les questions si besoin avant la phase de lancement de l'étude. Cela a aussi permis d'avoir un retour des patientes sur le sujet de l'étude.

Le premier questionnaire a été testé auprès de quatre primipares et d'une deuxième pare (cette patiente ayant testé les deux questionnaires à sa demande).

Le second questionnaire a également été testé auprès de cinq patientes multipares. Le choix de faire tester le second questionnaire à des multipares s'explique par le fait que ces patientes étaient les plus susceptibles de savoir répondre aux questions portant sur le retour à la sexualité.

Le retour des patientes concernant les questionnaires a été bon. Elles trouvaient le sujet très intéressant. Une patiente, deuxième pare, a parlé d'un manque d'informations sur ce sujet lors de la naissance de son premier enfant, ainsi que la nécessité de rendre ce sujet « *moins tabou* ». Une autre patiente a évoqué la « *peur de poser des questions* », ayant préféré se tourner vers ses amies lors de sa première grossesse.

Cette phase de test a entraîné l'ajustement de trois questions dans le premier questionnaire, avec notamment la mise en place d'une échelle pour la cotation du vécu de l'accouchement pour la patiente et son conjoint. Le second questionnaire a été modifié au niveau de la syntaxe d'une question pour permettre une meilleure compréhension.

3.2 Distribution du premier questionnaire

Une distribution du premier questionnaire (Annexe I) a été réalisée du 25 Mars 2019 au 2 Juin 2019. Chaque questionnaire a été distribué personnellement par mes soins aux patientes, après une explication du fonctionnement de l'étude et des objectifs du mémoire. Les patientes recevaient un questionnaire accompagné d'une enveloppe pour garder leur anonymat. En acceptant de participer à l'étude, les patientes communiquaient leur adresse mail pour permettre l'envoi du second questionnaire. Un numéro d'identification leur était attribué pour associer les deux questionnaires entre eux.

3.3 Distribution du second questionnaire

Le second questionnaire (Annexe II) était envoyé par mail quatre semaines après l'accouchement. Chaque patiente recevait un mail personnel contenant son numéro d'identification ainsi qu'un lien permettant de répondre au second questionnaire. Ce questionnaire était hébergé sur une plateforme de sondage en ligne *Survio*. Un mail de relance était envoyé après une semaine de non-réponse au questionnaire : sans réponse de la part de la patiente dans les deux semaines malgré le mail, elle était considérée comme perdue de vue.

3.4 Recueil des données

3.4.1 Premier questionnaire

Le premier questionnaire a été récupéré soit en main propre après passage dans la chambre de la patiente, soit par la sage-femme de suites de couches qui le mettait dans une bannette prévue à cet effet dans chaque salle de soin.

3.4.2 Second questionnaire

La récupération des données s'est faite en ligne via une plateforme de sondage en ligne *Survio*.

4 Objectif principal

L'objectif principal est de connaître le besoin des femmes enceintes en matière d'informations sur la sexualité.

5 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont nombreux :

- Évaluer l'influence de la grossesse sur la sexualité
- Évaluer les différents moyens d'information au sujet de la sexualité
- Analyser les données démographiques pouvant influencer la sexualité durant la période périnatale
- Connaître l'influence des voies d'accouchements et des complications lors du retour à la sexualité.
- Connaître l'influence du vécu de l'accouchement sur le retour à la sexualité

6 Caractéristiques des variables étudiées

Les variables étudiées sont diverses et sont qualitatives.

Une partie des variables sont d'ordre socio-économique : âge, origine, activité professionnelle, parité, antécédent de violences, aide médicale à la procréation.

Le sujet de la sexualité avant la grossesse, pendant la grossesse et en post-partum a été abordé par plusieurs variables : intensité, fréquence, sensations ressenties (positives et négatives).

Les femmes ont aussi été interrogées sur l'accouchement, le nouveau-né, le retour à domicile.

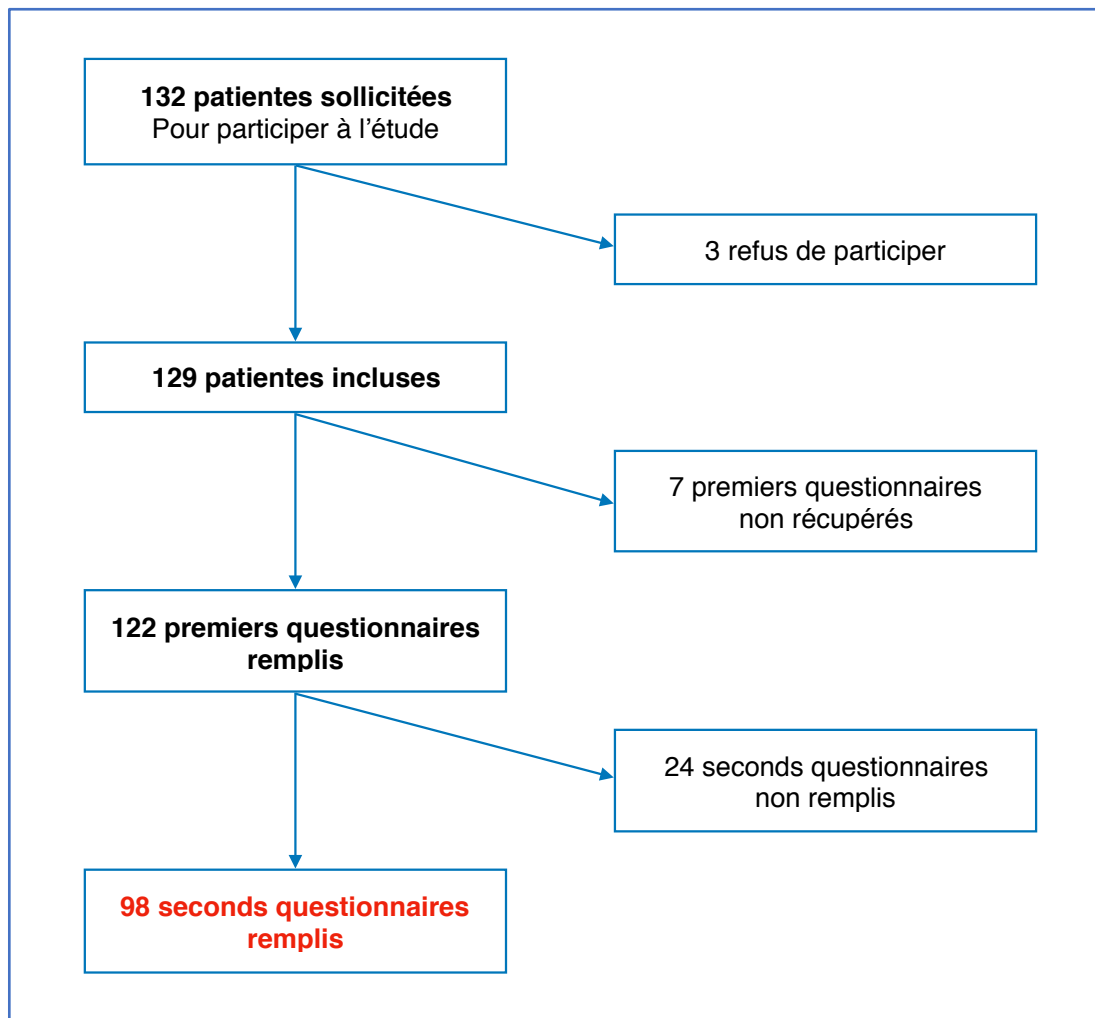
La question de l'information délivrée sur la sexualité a été exploitée à travers plusieurs variables : souhait de recevoir une information, personne délivrant l'information, moment de délivrance de l'information ou encore la recherche d'informations.

7 Analyse statistique

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel *Excel* et du logiciel *R*. Étant donné la taille de notre échantillon ($N = 98$) et le fait que les variables étudiées sont qualitatives, le test statistique utilisé est le test d'indépendance du χ^2 . Ce test permet de démontrer l'existence ou l'absence d'une corrélation entre deux variables. Un seuil de significativité, représenté par une p-value, a été fixé à 0,05.

III RESULTATS

1 Taux de réponses aux questionnaires



Flow chart du recrutement des patientes

Le taux de participation à l'étude est de 74%. 92% des femmes ont répondu au 1^{er} questionnaire. Celles-ci sont 80% à avoir répondu au 2nd questionnaire.

Dans les trois refus de patiente de participer à l'étude, une patiente ne se sentait pas à l'aise avec le sujet. Pour les deux autres patientes, il s'agissait en fait d'un refus du conjoint que leur femme participe à une étude sur le sujet.

24 patientes ont été perdues de vue en ne répondant pas au second questionnaire reçu par mail malgré une relance à une semaine.

2 Caractéristiques de la population

Dans un premier temps, nous nous sommes questionnées sur les caractéristiques de notre population. Le but était de savoir si la population recrutée est comparable avec la population de la région des Pays de la Loire voire même comparable avec la population française.

2.1 Démographiques

Tranche d'âge	N = 98	%
18-25 ans	11	11 %
26-30 ans	34	35 %
31-35 ans	36	37 %
36-40 ans	12	12 %
41 ans et plus	5	5 %

Tableau 1 : Tranche d'âge des patientes

Origine	N = 98	%
Afrique	10	10 %
Amérique	3	3 %
Asie	2	2 %
Europe	83	85 %

Tableau 2: Origine des patientes

Les patientes viennent majoritairement d'Europe (85%).

La plupart des femmes participantes appartient aux tranches d'âge 26-30 ans (35%) et 36-40 ans (37%).

Activité professionnelle	N = 98	%
Agriculteurs exploitants	1	1 %
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2	2 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	22	23 %
Professions intermédiaires	21	21 %
Employés	35	36 %
Ouvriers	1	1 %
Étudiants	3	3 %
Sans activité professionnelle	13	13 %

Tableau 3 : Activité professionnelle selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE

La nomenclature utilisée pour catégoriser l'activité professionnelle des femmes participantes est celle de l'INSEE. Une grande majorité des femmes (87%) avait un emploi avant la grossesse, dans la catégorie « employés » pour 36% d'entre-elles.

2.2 Antécédents

Parité	N = 98	%
Aucun	52	53 %
1	30	31 %
2	10	10 %
3 ou plus	6	6 %

Tableau 4 : Parité

La moitié (53%) n'avait jamais eu d'enfant. 31 % étaient primipares.

17,4% des femmes participantes ont répondu avoir été victimes de violences (morale, physique ou sexuelle) au cours de leur vie.

2 femmes sur les 98 ont subi des mutilations sexuelles durant leur vie.

3 Caractéristiques de la grossesse

Nous nous sommes ensuite concentrées sur les caractéristiques de la grossesse de chaque femme. Elles ont été récoltées pour comprendre le parcours que chaque femme a eu pour obtenir une grossesse et voir si cela a pu avoir une influence sur leur sexualité en période périnatale.

PMA	N = 98	%
Oui	7	7,1 %
Non	91	92,9 %

Tableau 5 : Taux de recours à la PMA

Grossesse	N = 98	%
Non prévue	16	16,3 %
Attendue	82	83,7 %

Tableau 6 : Mode de survenue de la grossesse

7 femmes ont eu recours à la PMA pour obtenir la grossesse. La survenue de la grossesse était non prévue pour 16,3% des femmes participantes. 2 femmes sur les 98 avaient une grossesse gémellaire.

4 Sexualité avant la grossesse

Par la suite nous nous sommes penchées sur la question de la sexualité avant la grossesse. Pour pouvoir voir l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la sexualité pendant la période périnatale, il est important d'avoir une vision de la sexualité avant la grossesse.

Importance de la sexualité	N = 98	%
Pas importante	2	2 %
Peu importante	2	2 %
Moyennement importante	14	14 %
Importante	59	60 %
Très importante	21	22 %

Tableau 7 : Importance de la sexualité dans le couple

3 femmes sur 5 considèrent la sexualité comme importante dans leur couple. Notons que la sexualité est considérée comme importante ou très importante pour 82% des femmes.

	P-value selon importance de la sexualité
Origine	0,05
Antécédents de violences	0,42
Activité professionnelle	0,629
Parité	0,831
Âge	0,842

Tableau 8 : Comparaison de plusieurs variables selon l'importance de la sexualité

L'importance de la sexualité est significativement corrélée avec l'origine géographique des patientes ($p = 0,05$). Il semblerait que pour les patientes originaires d'Afrique, la sexualité soit plus importante (Tableau A de l'annexe III). Ce n'est cependant pas corrélée avec la parité, l'activité professionnelle ou le fait d'avoir été victime de violences.

5 Sexualité pendant la grossesse

Ensuite sont venues les questions sur la sexualité pendant la grossesse afin de connaître les modifications autant positives que négatives, les différences d'intensité et de fréquence.

L'objectif est d'avoir une vision plus large de l'influence de la grossesse sur la sexualité.

5.1 Intensité

Sexualité pendant la grossesse	N = 97	%
Moins intense	74	76 %
Pas de différence	13	13 %
Plus intense	10	10 %

Tableau 9 : Intensité de l'activité sexuelle pendant la grossesse par rapport à avant la grossesse

La population étudiée est de 97 femmes pendant la grossesse : une femme n'ayant eu aucun rapport sexuel pendant la grossesse.

La sexualité pendant la grossesse par rapport à leur sexualité avant la grossesse est moins intense pour 76% des femmes. 10% des femmes ont une sexualité plus intense. Le reste des femmes (13%) n'a ressenti aucune modification.

	P-value selon intensité pendant la grossesse
Parité	0,031
Origine	< 0,001
Activité professionnelle	0,106
PMA	0,545
Antécédents de violences	0,603
Âge	0,627

Tableau 10 : Comparaison de plusieurs variables selon l'intensité ressentie pendant la grossesse

La différence d'intensité de la sexualité pendant la grossesse est significativement corrélée avec la parité ($p = 0,031$) : les femmes ayant trois enfants ou plus sont proportionnellement plus nombreuses à considérer avoir eu une sexualité plus intense pendant la grossesse (Tableau B de l'annexe III).

C'est aussi significativement corrélé avec l'origine des patientes ($p < 0,001$) : les patientes originaire d'Afrique sont 55% à avoir une sexualité plus intense pendant leur grossesse (Tableau C de l'annexe III).

L'âge, l'antécédent de violences, le fait d'avoir eu recours à la PMA et l'activité professionnelle ne sont pas significativement corrélés avec une différence d'intensité de la sexualité pendant la grossesse.

5.2 Fréquence de l'activité sexuelle

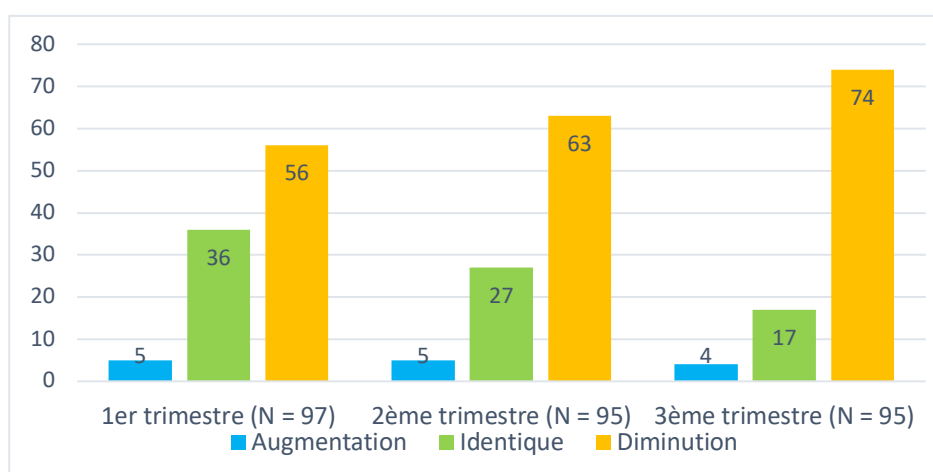


Figure 1 : Changement dans l'activité sexuelle par rapport à avant la grossesse et par trimestre

Une femme a eu un arrêt total des rapports sexuels pendant la grossesse du fait de la non-présence de son conjoint. Deux femmes ont arrêté d'avoir une sexualité à partir du 2^{ème} trimestre.

On peut noter une nette diminution progressive de l'activité sexuelle au fur et à mesure des trimestres de grossesse. Peu de femmes ont noté une augmentation de leur activité sexuelle durant la grossesse.

5.2.1 Fréquence au 1^{er} trimestre de grossesse

	P-value selon la fréquence au 1er trimestre
Activité professionnelle	0,042
PMA	0,063
Parité	0,159
Origine	0,222
Âge	0,499
Antécédents de violences	0,769

Tableau 11 : Comparaison de plusieurs variables selon la fréquence de l'activité sexuelle au 1^{er} trimestre

La fréquence de l'activité sexuelle au 1^{er} trimestre est significativement corrélée avec l'activité professionnelle de la femme ($p = 0,042$) : les femmes sans activité professionnelle sont 77% à ne pas avoir eu de modification de la fréquence de leur activité sexuelle au 1^{er} trimestre (Tableau D de l'annexe III).

Par contre cela n'est pas corrélé avec l'âge, la parité, l'origine, le fait d'avoir eu recours à la PMA ou l'antécédent de violences.

5.2.2 Fréquence au 2^{ème} trimestre de grossesse

	P-value selon la fréquence au 2 ^{ème} trimestre
Origine	0,006
Parité	0,204
Antécédent de violences	0,58
PMA	0,629
Activité professionnelle	0,708
Âge	0,788

Tableau 12 : Comparaison de plusieurs variables selon la fréquence de l'activité sexuelle au 2^{ème} trimestre

La fréquence de l'activité sexuelle au 2^{ème} trimestre et l'origine sont corrélées ($p = 0,006$). Une augmentation de l'activité sexuelle au 2^{ème} trimestre est à noter chez deux patientes africaines sur les huit et chez une des deux patientes d'origine américaine (Tableau E de l'Annexe III).

Aucune autre corrélation avec la fréquence de l'activité sexuelle au 2^{ème} trimestre n'a été démontrée statistiquement.

5.2.3 Fréquence au 3^{ème} trimestre de grossesse

	P-value selon la fréquence au 3 ^{ème} trimestre
Origine	0,151
Parité	0,376
Activité professionnelle	0,599
Âge	0,735
PMA	0,831
Antécédent de violences	0,841

Tableau 13 : Comparaison de plusieurs variables selon la fréquence de l'activité sexuelle au 3^{ème} trimestre

La fréquence de l'activité sexuelle au 3^{ème} trimestre n'est corrélée avec aucune variable.

5.3 Modifications négatives

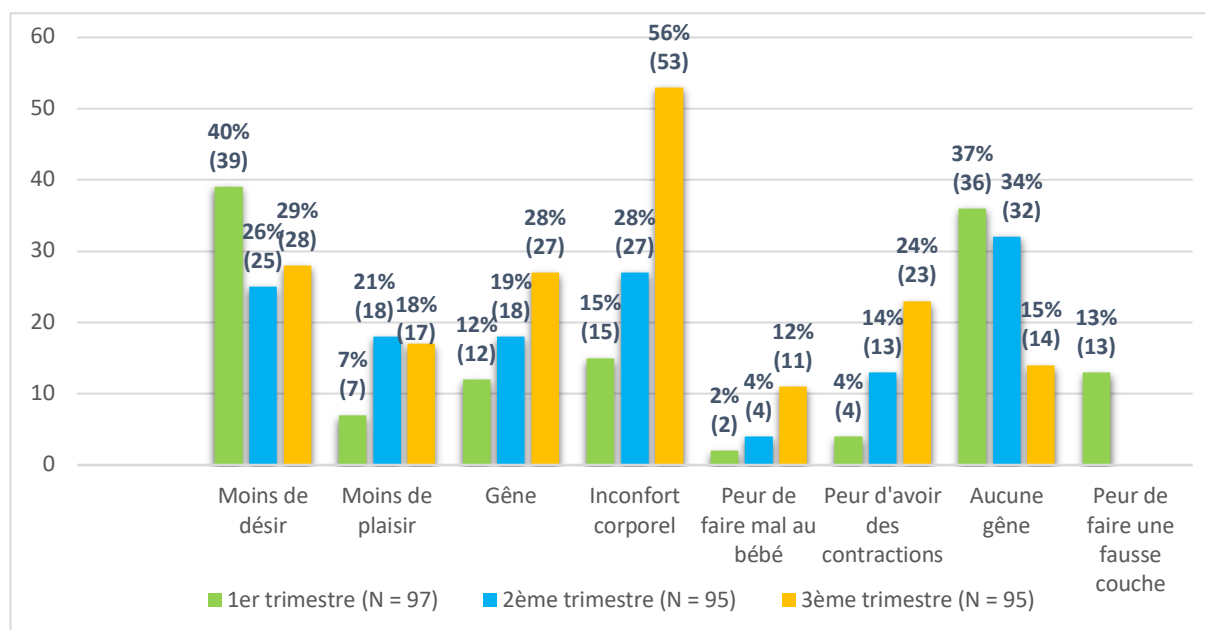


Figure 2 : Modifications négatives ressenties par les patientes par trimestre

Les modifications négatives sont de plus en plus présentes au fur et à mesure des trimestres (à l'exception des variables « moins de désir » et « moins de plaisir » qui sont fluctuantes). Plus de la moitié des femmes (56%) ressentent un inconfort corporel au 3^{ème} trimestre. La peur que les relations sexuelles puissent provoquer des contractions concernait 24% des femmes au 3^{ème} trimestre.

5.4 Modifications positives

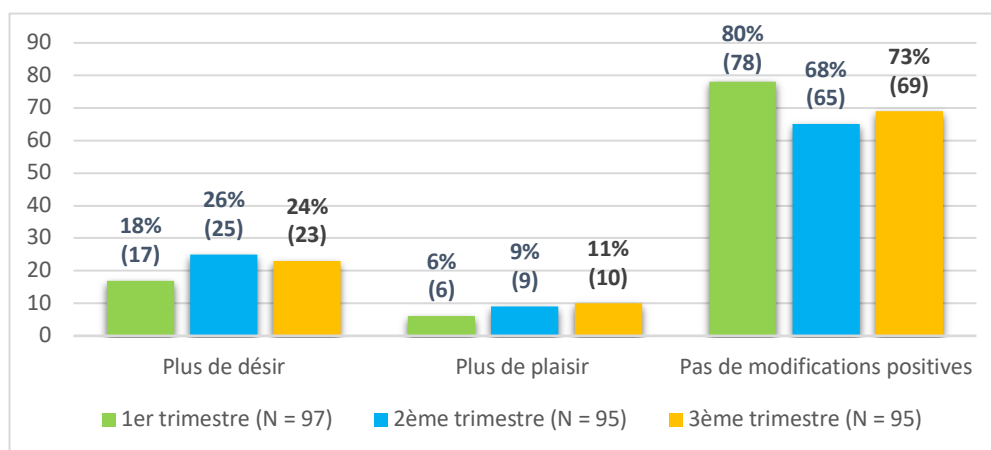


Figure 3 : Modifications positives ressenties par les patientes par trimestre

Une faible proportion de femmes a noté des modifications positives pendant la grossesse. L'augmentation du désir a été plus importante que la hausse du plaisir à tous les trimestres de grossesse.

6 Caractéristiques de l'accouchement

De la même manière qu'avec les caractéristiques de la population, il est important de connaître les caractéristiques de l'accouchement sur le plan médical mais aussi sur le plan psychologique (vécu de l'accouchement par la femme et son conjoint). Ces données peuvent ou non avoir une influence sur la sexualité dans le post-partum.

6.1 Accouchement

	N = 98	%
Accouchement physiologique	68	69,4 %
Accouchement voie basse avec extraction instrumentale	13	13,3 %
Césarienne	17	17,3 %
<i>Programmée</i>	8	8,1 %
<i>En urgence</i>	9	9,2 %

Tableau 14 : Voie d'accouchement

L'accouchement s'est déroulé de manière physiologique pour 69,4% des femmes. 13,3% ont eu besoin d'une extraction instrumentale pour la naissance (forceps ou ventouse) tandis que pour 17,3% la naissance s'est faite par césarienne.

Atteinte périnéale	N = 81	%
Périnée intact	26	32,1 %
Déchirure du 1er et 2nd degré	49	60,5 %
Déchirure du 3ème et 4ème degré	3	3,7 %
Épisiotomie	3	3,7 %

Tableau 15 : Atteinte périnéale lors de l'accouchement par voie basse

Lors de l'accouchement par voie basse, une déchirure du 1^{er}/2nd degré est retrouvée chez 60,5% des femmes. On note que plus d'1/3 des femmes ont eu un périnée intact. Peu de femmes ont eu une épisiotomie ou une déchirure du 3^{ème}/4^{ème} degré (moins de 8%).

6.2 Vécu de l'accouchement

Le vécu de l'accouchement était demandé sous la forme d'une échelle avec une note de 1 pour un très mauvais vécu et 10 pour un excellent vécu.

6.2.1 Par les patientes

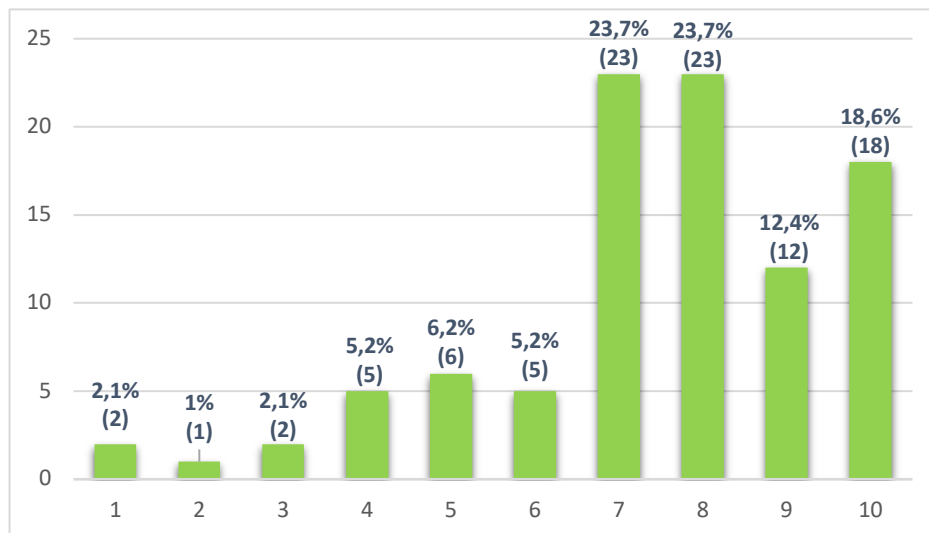


Figure 4 : Échelle du vécu de l'accouchement par les femmes. N = 97

Une femme n'a pas répondu à la question sur le vécu de son accouchement.

La majorité des femmes semble avoir un bon vécu de leur accouchement. 78,4% des femmes (N = 76) notent le vécu de leur accouchement à 7 ou plus. 10% des femmes (N = 10) ont un mauvais vécu de leur accouchement (note inférieure à 5).

6.2.2 Par les conjoints

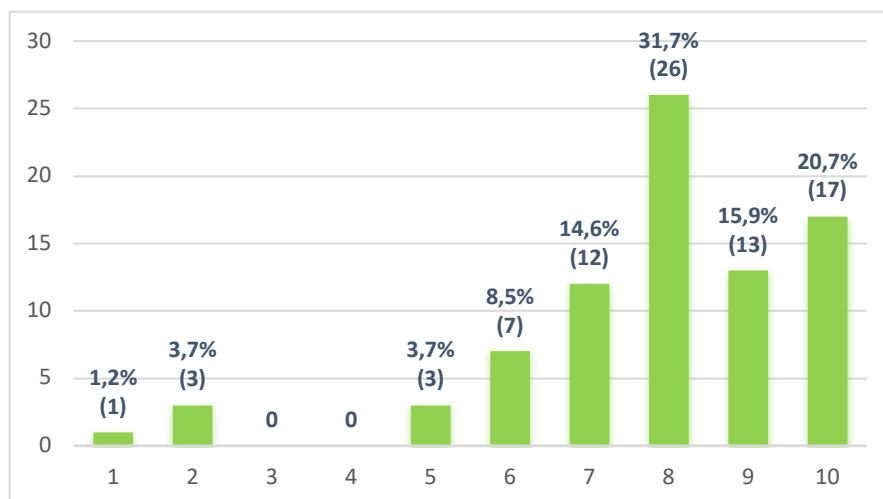


Figure 5 : Échelle du vécu de l'accouchement par les conjoints. N = 82

Sur les 86 conjoints présents lors de l'accouchement, 82 ont répondu à la question sur le vécu de l'accouchement de leur conjointe.

On note un bon vécu de l'accouchement par la plupart des conjoints : 82,9% (N = 68) ont noté leur vécu à 7 ou plus. 4,9% des conjoints (N = 4) ont un mauvais vécu de l'accouchement et ont donné une note inférieure à 5.

7 Alimentation du nouveau-né

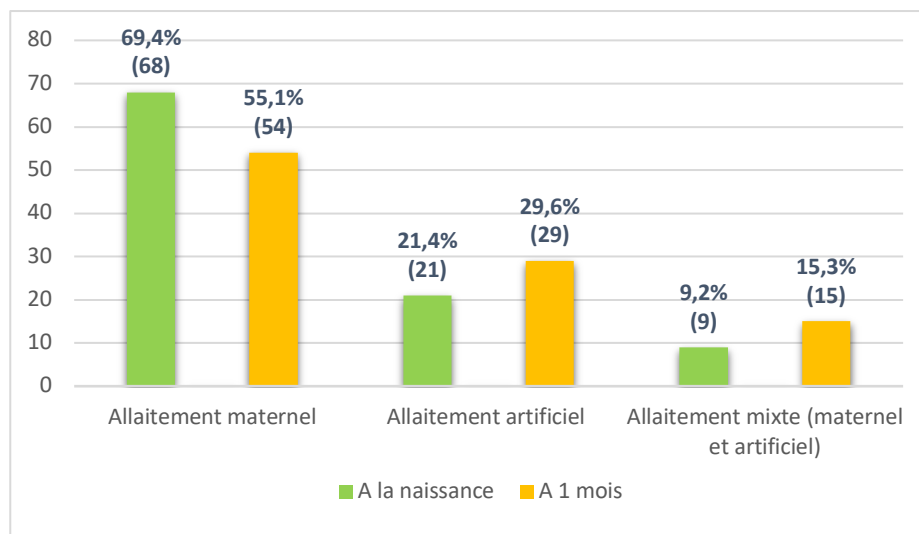


Figure 6 : Comparaison des modes d'alimentation du nouveau-né à la maternité et à 1 mois (N = 98)

A la maternité, les nouveau-nés sont principalement alimentés par du lait maternel : 69,4% des enfants.

La proportion d'enfant ayant une alimentation exclusive par le lait maternel est en diminution de presque 15% à 1 mois de vie. En conséquence, les taux d'enfant ayant une alimentation artificielle ou mixte sont en augmentation à 1 mois.

8 Sexualité dans le post-partum

Après avoir étudié la sexualité avant la grossesse et la sexualité pendant la grossesse, la question de la sexualité du post-partum se pose. Quels peuvent bien être les facteurs influençant un retour à la sexualité ? Que ressentent les femmes lors de la reprise de la sexualité ? Quels sont les freins à une reprise ?

8.1 Retour de la sexualité

	N = 98	%
Pas de reprise	63	64,3 %
Reprise	35	35,7 %
<i>Dans les 2 semaines après l'accouchement</i>	5	5,1 %
<i>3-4 semaines après l'accouchement</i>	30	30,6 %

Tableau 16 : État des lieux du retour de la sexualité à 1 mois

2 femmes sur 3 n'ont pas eu de retour à la sexualité à 1 mois du post-partum.

	P-value selon le retour à la sexualité
Mode d'alimentation à 1 mois	< 0,001
Origine	0,038
Lieu de couchage	0,007
Voie d'accouchement	0,136
Âge	0,23
Parité	0,284
Activité professionnelle	0,385
Atteinte périnéale	0,611
Vécu accouchement patiente	0,795
Vécu accouchement conjoint	0,809
Antécédent de violence	1

Tableau 17 : Comparaison de plusieurs variables selon le retour à la sexualité

Le retour à la sexualité est significativement corrélé avec l'origine des femmes ($p = 0,038$) : aucune des femmes originaires d'Afrique ou d'Amérique n'a eu une reprise de sa sexualité à un mois du post-partum (Tableau F de l'annexe III).

Une corrélation est aussi démontrée avec le mode d'alimentation du nouveau-né à un mois ($p < 0,001$) : les femmes utilisant un mode d'alimentation artificiel ont un retour à la sexualité plus précoce que celles ayant un mode d'alimentation maternel ou mixte (Tableau G de l'annexe III).

Le lieu de couchage du nouveau-né est aussi lié à un retour ou non à la sexualité ($p = 0,007$) : on note moins de retour à la sexualité lorsque l'enfant dort dans la chambre parentale (Tableau H de l'annexe III).

L'âge, l'activité professionnelle, la parité, la voie d'accouchement, l'atteinte périnéale, le vécu de l'accouchement de la patiente, le vécu de l'accouchement du conjoint et l'antécédent de violence ne sont pas corrélés avec le retour à la sexualité.

	P-value selon la personne sollicitant le retour à la sexualité
Date de retour à la sexualité	0,02
Parité	0,384
Âge	0,525
Atteinte périnéale	0,797
Voie d'accouchement	0,986

Tableau 18 : Comparaison de plusieurs variables selon la personne sollicitant le retour à la sexualité

La personne sollicitant le retour à la sexualité est significativement corrélée avec la date de retour à la sexualité ($p = 0,02$) : les femmes sont celles qui sollicitent le plus un retour à la sexualité dans les 2 semaines suivant l'accouchement (Tableau I de l'annexe III).

Aucune corrélation n'a été démontrée entre la date de retour à la sexualité et l'âge, la parité, la voie d'accouchement ou l'atteinte périnéale.

8.2 Sensations lors de la reprise des rapports

Les questions portant sur les sensations ressenties et sur la comparaison avec la sexualité antérieure à la grossesse étaient à choix multiples ce qui explique les pourcentages retrouvés dans les tableaux 19 et 20.

	N = 35	%
Sécheresse vaginale	12	34 %
Douleurs à la pénétration	9	26 %
Aucune gêne	9	26 %
Douleurs vaginales	8	23 %
Gêne corporelle	4	11 %
Douleurs à la cicatrice (si déchirure/épisiotomie)	4	11 %
Douleurs à la cicatrice de césarienne	4	11 %
Écoulement de lait	3	9 %
Douleurs pendant tout le rapport	2	6 %
Douleurs au toucher	1	3 %

Tableau 19 : Sensations ressenties par les patientes lors des rapports sexuels

Plus de 1/3 des femmes ayant eu un retour de la sexualité note avoir ressenti une sécheresse vaginale lors des rapports sexuels. Ce n'est cependant pas corrélé avec le fait d'allaiter son enfant ($p = 0,11$).

	N = 35	%
Plus de désir	7	20 %
Plus de plaisir	3	8,6 %
Identique	17	48,6 %
Moins de désir	3	8,6 %
Moins de plaisir	8	22,9 %

Tableau 20 : Comparaison de la sexualité avant la grossesse et de la sexualité dans le post-partum

48,6% des femmes ayant eu un retour à la sexualité n'ont pas senti de différence dans leur sexualité par rapport à avant la grossesse. Par contre, environ 40% des femmes vont ressentir une différence avec une hausse ou une baisse du désir et/ou du plaisir.

Aucun lien n'a été démontré avec l'alimentation du nourrisson à un mois ($p = 0,611$).

8.3 Causes de la non-reprise de la sexualité

	N = 63	%
Fatigue	28	44 %
La peur de la douleur	23	37 %
Manque de temps	18	29 %
La difficulté d'accepter son corps après la grossesse et l'accouchement	10	16 %
Aucune envie	10	16 %
Ne se sent pas désirable	9	14 %
Difficulté de reconnaître son périnée	6	10 %
La difficulté de se retrouver en tant que femme à part entière	6	10 %
Croyances personnelles	2	3 %

Tableau 21 : Causes de la non-reprise de la sexualité

Les causes de non reprise de la sexualité sont très variables, cependant la fatigue est la cause que l'on retrouve le plus : 44% des femmes. A noter que 37% des femmes ont peur de la douleur et 29% des femmes expliquent une non-reprise de la sexualité par un manque de temps.

9 Informations sur le sujet de la sexualité

Enfin, nous analysons la question de l'information sur la sexualité. Les femmes enceintes reçoivent-elles une information ? Souhaitent-elles en recevoir ? Et surtout à quel moment semble-t-il important de délivrer une information sur le sujet ?

9.1 Informations reçues

Informations reçues	N = 98	%
Oui	29	29,6 %
Non	69	70,4 %

Tableau 22 : Taux de femmes ayant reçu une information sur le sujet de la sexualité

Une information sur le sujet de la sexualité est très peu délivrée aux femmes : 29,6% des femmes n'ont jamais reçu d'informations pendant leur suivi périnatal.

	N = 29	%
Pendant les cours de PNP	17	59 %
Pendant le séjour en suites de couches	16	55 %
Pendant le suivi de grossesse (en libéral)	11	38 %
Pendant le suivi prénatal hospitalier	1	3 %
Par le conjoint qui a participé à une réunion réservée aux pères	1	3 %
Lors du suivi post-natal par SFL	1	3 %

Tableau 23 : Moment de délivrance d'informations sur la sexualité

Les femmes ayant reçu une information sur la sexualité l'ont majoritairement eu pendant les cours de PNP (59%) et pendant le séjour en suites de couches (55%).

	P-value selon le fait d'avoir reçu une information sur la sexualité
Âge	0,051
Parité	0,092
Importance de la sexualité	0,463
Origine	0,832

Tableau 24 : Comparaison de plusieurs variables avec le fait d'avoir bénéficié d'une information sur la sexualité

A noter que le fait d'avoir bénéficié d'une information n'est pas corrélé avec l'âge, la parité, l'origine ou même avec l'importance de la sexualité pour la femme.

9.1 Besoin des femmes en matière d'information

	N = 98	%
Oui	46	47 %
Non je n'en ai pas ressenti pas le besoin	33	34 %
Celles que j'ai eues étaient suffisantes	19	19 %

Tableau 25 : Souhait des patientes de recevoir une information

47% des femmes auraient souhaité recevoir une information ou plus d'informations sur la sexualité. Elles ne sont que 34% à ne pas avoir senti le besoin d'avoir une information.

	P-value selon le souhait de recevoir une information sur la sexualité
Âge	0,037
Parité	0,056
Origine	0,41
Importance de la sexualité	0,44

Tableau 26 : Comparaison de plusieurs variables avec le souhait de recevoir une information sur la sexualité

Notons que l'âge est significativement corrélé avec le souhait ou non de recevoir une information ($p = 0,037$) : toutes les femmes appartenant à la tranche d'âge 18-25 ans auraient ou ont apprécié recevoir une information (Tableau J de l'annexe III).

Le souhait de recevoir ou non une information n'est par contre pas corrélé avec la parité, l'origine et l'importance de la sexualité pour la femme.

	N = 28	%
Internet	15	54 %
Professionnels de santé	11	39 %
Amies	7	25 %
Forums	5	18 %
Famille	4	14 %
Magazines	2	7 %

Tableau 27 : Lieux de recherche d'informations par les femmes

28 femmes ont eu besoin de rechercher ou de demander par elles-mêmes des informations sur le sujet. 54% de ces femmes se sont tournées vers Internet pour avoir des informations. 39% ont fait la démarche de questionner les professionnels de santé.

9.2 Moment privilégié pour recevoir une information

	N = 98	%
Pendant les cours de PNP	52	53%
Au retour à domicile (par SLF, PMI)	50	51%
En suites de couches	42	43%
Pendant le suivi de grossesse	33	34%

Tableau 28 : Moment le plus opportun pour la délivrance d'information selon les femmes

La question posée aux femmes sur le moment qu'elles pensaient le plus opportun pour recevoir une information sur la sexualité était à choix multiples. Ce qui explique les pourcentages retrouvés dans le tableau 28.

On peut donc conclure à la lecture de ces résultats que plus de la moitié des femmes considère que l'information devrait être délivrée pendant les cours de PNP et/ou au retour à domicile. Elles sont aussi 43% à penser que les suites de couches sont un lieu à privilégier pour la délivrance d'informations.

IV DISCUSSION

1 Population d'étude

1.1 Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon de population étudié comprenait 98 femmes.

35% d'entre elles avaient entre 26 et 30 ans, 37% avaient un âge compris entre 31 et 35 ans. Dans le rapport de l'enquête périnatale de 2016, l'âge moyen des mères à l'accouchement était de 30,4 ans (3).

On note, dans notre étude, que 87% des femmes avaient un emploi à la fin de leur grossesse soit un taux plus important que celui retrouvé dans l'enquête périnatale de 2016 où 68,1% des femmes étaient détentrices d'un emploi (3). Nous pouvons donc supposer que les conditions d'emploi de la population d'étude sont moins précaires que celles de la population française.

L'activité professionnelle la plus représentée était « employés » pour 36%, suivie par la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » à 23% et par la catégorie « professions intermédiaires » à 21% ce qui ne correspond pas aux résultats de l'enquête périnatale de 2016 où « *les professions les plus souvent occupées sont les professions intermédiaires, pour 40,3 % des femmes, et celles d'employées pour 29,3 % d'entre elles* » (3). Cette différence renforce le fait que notre population provient d'un milieu plus favorisé. En effet, 23% des femmes de l'étude appartiennent à la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » contre 13,3% dans la population française métropolitaine (3).

	Patientes de l'étude	Enquête périnatale 2016
Aucun	53 %	42,2%
1	31 %	35,6%
2	10 %	14,3%
3 ou plus	6 %	7,9%

Tableau 29 : Parité selon différentes études

Si on compare la parité des patientes de notre étude avec la parité des patientes de l'enquête périnatale de 2016, les deux populations sont plutôt semblables (3). On remarque cependant une plus grande part de patiente nullipare (53%) contre 42,2% dans la population française métropolitaine .

1.2 Caractéristiques de l'accouchement

Pour les caractéristiques de l'accouchement, nous avons comparé notre population de femmes du CHU de Nantes aux résultats du rapport d'activité des maternités de Pays de La Loire de 2018 (4) et à la population française de l'enquête périnatale de 2016 (3).

	Patientes de l'étude	Rapport 2018 maternités Pays de la Loire	Enquête périnatale 2016
Accouchement physiologique	69,40%	69,4%	67,4%
Accouchement voie basse avec extraction instrumentale	13,30%	12,6%	12,2%
Césarienne	17,30%	18%	20,4%

Tableau 30 : Voie d'accouchement selon différentes études

Les voies d'accouchement des patientes incluses dans l'étude sont comparables à la population des Pays de la Loire (4) ainsi qu'à la population française métropolitaine (3). Notre population semble donc représentative.

2 Forces et limites de l'étude

2.1 Forces

Le taux de réponse à l'étude est plutôt bon. Il semblerait que ce soit un sujet qui intéresse les femmes. La sexualité est quelque chose d'assez tabou dans la société or nous avons été confrontées à peu de refus. Les femmes étaient réceptives au sujet.

Notre population étudiée est plutôt représentative de la population générale. Les résultats de l'étude pourront donc être utiles pour toutes les femmes.

2.2 Limites

Notre population se limite au CHU de Nantes. Il aurait pu être intéressant d'élargir la zone géographique étudiée.

Les conditions socio-économiques des femmes semblent plus favorables que celles de la population française, cela a donc pu entraîner un biais de sélection. Une partie de la population défavorisée du CHU de Nantes (population migrante notamment) n'a pas pu participer à l'étude du fait de la barrière de la langue.

Aussi l'effectif de femmes incluses reste faible. Les résultats auraient été plus représentatifs avec une cohorte plus grande.

Un biais de mémoire est présent. Les femmes ont pu ne pas se rappeler de certaines informations.

3 Sexualité avant la grossesse

La sexualité est définie comme « *l'ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle* » (5). Cette définition est très large et beaucoup de notions peuvent y être intégrées. Chaque femme peut donc y voir une importance plus ou moins grande.

Si l'on regarde les résultats à la question portant sur l'importance de la sexualité, 8 femmes sur 10 considèrent la sexualité comme importante ou très importante (Tableau 7).

Une corrélation significative est retrouvée entre l'importance de la sexualité et l'origine géographique des patientes ($p = 0,05$). Pour les femmes d'Afrique, la sexualité semble plus importante que pour les autres. L'effectif réduit de la population étudiée (98 femmes dont 10 femmes africaines) peut expliquer ce résultat. La différence de culture ne peut-elle pas jouer un rôle ? Nous n'avons retrouvé aucune étude qui semblait démontrer cela.

L'importance de la sexualité pendant la grossesse n'est pas une variable que nous avons étudié mais il est intéressant de voir que dans l'étude de G. Trutnovsky, on retrouve une diminution significative de celle-ci ($p < 0,001$) (6).

4 Sexualité pendant la grossesse

La grossesse correspond à un chamboulement pour la femme, tant sur le plan psychologique que sur le plan physique.

Les signes sympathiques de la grossesse : nausées, vomissements, douleurs lombopelviennes, fatigue peuvent prendre le dessus et la sexualité ne devient alors plus une préoccupation.

On le retrouve dans notre étude où la sexualité est notée comme moins intense pour 76% des femmes (Tableau 9). Ce résultat est à corrélérer à l'origine géographique des femmes et à la parité.

Une baisse de la satisfaction des rapports sexuels est retrouvée dans une étude réalisée auprès de 200 gestantes ivoiriennes. K.P. Kouakou montrait une baisse de la libido chez 81,6% des femmes et une diminution de la satisfaction des rapports sexuels chez 54,7% (7).

4.1 Fréquence de l'activité sexuelle

L'activité sexuelle est en diminution pour la plupart des femmes comme on peut le voir sur la figure 1 portant sur le changement de fréquence de l'activité sexuelle en fonction des trimestres de grossesse. Cette diminution est croissante en fonction des trimestres pour atteindre 78% au 3^{ème} trimestre.

Le constat est le même dans la méta-analyse de K. Von Sydow où on retrouve une baisse progressive de l'intérêt sexuel de la femme et de la fréquence des rapports sexuels au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse (8). La diminution était plus marquée au troisième trimestre de grossesse.

Dans une étude chinoise de WY Fok et LY Chan, 93 % des femmes enceintes notaient une diminution globale de leur activité sexuelle (9).

Quant à l'augmentation de l'activité sexuelle, elle ne concerne que des femmes multipares. Cependant aucune corrélation n'a été démontrée.

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement au changement de fréquence de l'activité sexuelle au premier trimestre de grossesse, l'activité professionnelle a une influence ($p = 0,042$). 77% des femmes sans activité professionnelle (soit 13% de la population étudiée) n'ont pas eu de modification de la fréquence de leur activité sexuelle au 1^{er} trimestre.

De manière générale, la grossesse seule engendre une fatigue importante. Le fait d'être en activité est aussi un facteur influençant la fatigue et le temps personnel. On peut donc supposer qu'une femme enceinte en activité sera plus fatiguée et aura peut-être moins le temps, provoquant une diminution de son activité sexuelle.

L'origine géographique est corrélée avec la fréquence de l'activité sexuelle au second trimestre ($p = 0,006$). En effet, l'augmentation de la fréquence au second trimestre est plus marquée chez les patientes originaires d'Afrique mais aussi chez celles provenant d'Asie. L'augmentation chez les patientes africaines peut être mise en lien avec la corrélation retrouvée sur la question de l'importance de la sexualité. Le fait que la sexualité soit plus importante pour les Africaines peut expliquer cette augmentation de fréquence.

Dans l'étude *Sexuality and sexual activity in pregnancy* de Bartellas E, les données sont en accord avec nos chiffres sur la baisse de la fréquence de l'activité sexuelle (10). J. S. Hyde, en 1998, retrouvait aussi une décroissance de la fréquence des rapports sexuels du premier au troisième trimestre de grossesse (11). Ces chiffres sont à mettre en lien avec la diminution de la fréquence des rapports sexuels tout au long de la grossesse.

4.2 *Désir et plaisir*

Le désir et le plaisir, deux sensations majeures quand on parle de sexualité, sont influencés par la grossesse et vont être modifiés positivement ou négativement selon les femmes. Dans notre échantillon, le désir et le plaisir vont surtout être en baisse.

4.2.1 *Le désir*

Le désir est la variable la plus impactée par la grossesse. Effectivement, 40% des femmes notent une baisse de désir au premier trimestre, chiffre qui va cependant baisser à 26% au deuxième trimestre et 29% au troisième trimestre (Figure 2). A contrario, 18% des femmes au premier trimestre, 26% au deuxième trimestre et 24% au troisième trimestre ont noté une augmentation du désir (Figure 3).

Une grande variation dans les ressentis des femmes est à constater. En effet, la variation de désir (augmentation ou diminution) concerne environ la moitié des femmes. La grossesse faisant fluctuer les envies des femmes de manière très variable.

Il est cependant intéressant de constater que le 2^{ème} trimestre de grossesse coïncide avec l'augmentation de désir la plus forte (26% des femmes de l'étude) et la baisse de désir la plus faible (26% des femmes de l'étude).

A travers la lecture de ces chiffres, il ne semble pas exister de consensus sur l'influence qu'à la grossesse sur le désir. C. De Pierrepont, dans son état des connaissances regroupant 126 articles empiriques sur la sexualité périnatale, montre que la baisse du désir sexuel concerne 28% à 83% selon les études. Parallèlement, 15% à 60% des femmes vivent un désir sexuel stable pendant la grossesse et elles sont 2,7% à 37,4% à avoir ressenti une augmentation de leur désir sexuel pendant la grossesse (12). La question du désir sexuel pendant la grossesse est donc très fluctuante selon les femmes.

4.2.2 *Le plaisir*

Le plaisir, autre variable primordiale dans le domaine de la sexualité, peut être modifié durant la grossesse. Mais 70% des femmes ne vont pas ressentir de différence.

Dans notre population, la baisse de plaisir est moins marquée que pour le désir. 7% des femmes notent une baisse de plaisir au 1^{er} trimestre, 21% au 2^{ème} trimestre et 18% au 3^{ème} trimestre (Figure 2). L'augmentation de plaisir touche 6% des femmes au 1^{er} trimestre, 9% au 2^{ème} trimestre et 11% des femmes au 3^{ème} trimestre (Figure 3).

Si l'on compare au désir, le plaisir semble moins influencé par la grossesse car seulement 30% des femmes vont ressentir une variation.

On ne peut donc pas conclure sur une influence certaine de la grossesse sur le domaine du désir et du plaisir. On peut juste constater que celle-ci peut influencer les sensations de désir et de plaisir mais que cela ne concerne pas toutes les femmes.

Si on analyse la littérature, plusieurs auteurs se sont intéressés à la question du désir et du plaisir.

Masters et Johnson, deux médecins sexologues pionniers en matière de sexualité, ont, en 1966, réalisé le schéma libidinal typique en cours de grossesse : celui-ci montrait une diminution de la libido au 1^{er} trimestre de grossesse (surtout chez les nullipares) et au 3^{ème} trimestre (indépendamment de la parité). Une augmentation du désir et de l'orgasme était constatée au 2^{ème} trimestre (13). Ces résultats diffèrent de ceux de notre étude.

K. Von Sydow, dans sa méta-analyse *Sexuality during pregnancy and after childbirth*, montrait une baisse de l'intérêt sexuel pendant la grossesse (8).

Quant à K.P. Kouakou, il démontrait une baisse de libido chez 86,1 % des patientes, cela quelle que soit la période de la grossesse (7).

A.B. Adeyemi, dans son étude auprès de la population nigérienne, retrouvait une baisse du plaisir sexuel chez 53,7% des femmes. Elles étaient 36,7% à n'avoir noté aucune modification de leur plaisir sexuel pendant la grossesse (14).

4.3 Autres modifications rencontrées lors de la grossesse

Outre le désir et le plaisir évoqués ci-dessus, on remarque d'autres modifications ressenties par la femme que l'on nommera comme négatives.

L'apparition de ces modifications négatives pendant la grossesse va concerner deux femmes sur trois au 1^{er} et 2^{ème} trimestre tandis que cela concerne 85% des femmes au 3^{ème} trimestre (Figure 2). Elles sont diverses et l'impact sur la sexualité va être plus ou moins important.

Les modifications retrouvées sont à la fois d'ordre psychique : baisse du désir, peur de faire mal à l'embryon/fœtus, peur de faire une fausse couche, peur de provoquer des contractions mais aussi d'ordre physique avec l'inconfort corporel qui concerne 56% des femmes au 3^{ème} trimestre de grossesse contre 28% au 2^{ème} trimestre et 15% au 1^{er} trimestre de grossesse.

Dans son mémoire sociologique intitulé *Sexualité et maternité*, L. Caouder retrouve cet inconfort corporel chez toutes les femmes interrogées qui « relatent la gêne occasionnée par la taille du ventre durant les dernières semaines de grossesse » (15).

De son côté, K.Von Sydow notait que ce qui était le plus redouté pour le couple était de blesser le bébé pendant l'activité sexuelle (8). Dans notre étude, cela n'a concerné que 12% des femmes au 3^{ème} trimestre. L'étude datant de 1999, on peut supposer que les femmes sont peut-être mieux informées sur le fait que la sexualité pendant la grossesse n'entraîne pas de gêne pour le fœtus.

4.4 Le partenaire

La femme éprouve de nombreux chamboulements pendant la grossesse sur le plan sexuel mais il ne faut pas oublier ce que peut ressentir le futur père ou la future mère. Il est à noter que dans la population de l'étude, nous n'avons pas de couple homosexuel donc pour la suite de l'écrit nous ne parlerons que des couples hétérosexuels. De plus, nous avons fait le choix de ne pas poser de question au partenaire sur ses sensations pendant la grossesse au vu du nombre important de données.

Sarah Pottier dans son mémoire sociologique *Sexualité et grossesse : l'expérience des pères* était venue à la conclusion qu'au « *regard des différents récits des hommes interrogés, nous constatons que la sexualité du couple pendant la grossesse ne semble soumise à aucune règle, et qu'elle est sujette à une diversité importante, à l'image de la sexualité avant la grossesse* ». Que « *l'expérience* » qu'avaient « *ces pères de la sexualité pendant la grossesse était relativement variable* » (16).

Comme nous avons pu le voir avec les chiffres de notre étude, la grossesse modifie la sexualité du couple que ce soit en terme de fréquence des relations, de désir, de plaisir. Le ressenti est le même pour les pères : « *la sexualité pendant la grossesse est parfois amenée à connaître des modifications, que ce soit en terme de fréquence, de pratiques ou de spontanéité* » (16).

Le ou la partenaire n'est donc pas à négliger dans la compréhension de la sexualité.

Pour clore cette partie sur la sexualité pendant la grossesse, nous pouvons voir que la grossesse est un phénomène ayant une influence plus ou moins marquée selon les femmes. Qu'il n'existe pas de vérité unique de l'impact de la grossesse. Cependant il est important de reconnaître et de savoir que la grossesse peut provoquer un chamboulement sur la sexualité du couple.

5 Sexualité du post-partum

La sexualité du post-partum est un moment important dans la vie d'un couple. La femme vient de donner la vie, est devenue mère, ses pensées sont centrées sur son/ses enfant(s) mais elle reste femme et partenaire de son compagnon/sa compagne.

La grossesse et l'accouchement peuvent-ils avoir une influence sur son retour à la sexualité ?

Nous avons fait le choix d'utiliser le terme « retour à la sexualité » au lieu de « reprise des rapports sexuels » (qui est celui utilisé par la plupart des professionnels de santé) car il ne nous semblait pas adapté à la situation. La sexualité peut être diverse et variée : la pénétration n'étant pas obligatoire. La sexualité comprend les caresses, le sexe oral, la pénétration.

De plus comme le dit S. Pottier, pour parler de reprise d'une pratique *« cela implique que celle-ci ait été interrompue au préalable »* or ce n'est pas toujours la cas (16).

Dans le questionnaire, nous avons défini le retour à la sexualité comme *« tout ce qui touche à la sexualité ou l'intimité du couple. Que ce soit les préliminaires et/ou les rapports sexuels avec pénétration. »*

5.1 Retour à la sexualité

Si on regarde les femmes de notre étude, elles sont 35,7% à avoir retrouvé une sexualité dans le mois suivant l'accouchement (Tableau 16).

Ce chiffre peut sembler faible mais l'envoi du questionnaire quatre semaines après la naissance peut expliquer ce résultat.

Aucune étude ne s'est intéressée au retour à la sexualité tel que défini dans notre étude. Cependant on retrouve plusieurs chiffres sur la reprise des rapports sexuels dans le post-partum. Dans la littérature, la reprise des rapports sexuels se fait en moyenne dans les six à huit semaines du post-partum (8), (17), (18). Dans une étude anglaise réalisée sur une population de femmes primipares, 57% avaient retrouvé une sexualité à six semaines du post-partum, 82% à douze semaines et 90% à vingt-quatre semaines du post-partum (19).

5.1.1 Le retour à la sexualité influencé par plusieurs variables ?

Il est malgré tout intéressant de s'interroger si le retour à la sexualité est significativement corrélé à plusieurs variables.

L'origine des femmes a une influence sur le fait d'avoir eu une reprise de la sexualité ($p = 0,038$). Aucune femme originaire d'Afrique n'a eu de retour à la sexualité à quatre semaines du post-partum. Pour rappel, une corrélation avait été aussi démontrée entre l'origine des

patientes et l'importance de la sexualité où on retrouvait que la sexualité était significativement plus importante pour les patientes originaires d'Afrique.

Aucun lien n'a été prouvé entre le retour à la sexualité et la voie d'accouchement ($p = 0,136$). Or on aurait pu penser que le fait d'avoir eu un accouchement par voie basse instrumentale ou par césarienne aurait retardé le retour à la sexualité. L'atteinte périnéale ne semble pas non plus avoir d'influence ($p = 0,611$). Le constat n'est pas le même dans l'étude de E.A McDonald où les femmes ayant eu une atteinte périnéale ont une reprise des rapports sexuels plus tardif en comparaison des femmes avec un périnée intact. De la même façon, la reprise des relations sexuelles chez les femmes avec un accouchement par césarienne ou par voie basse instrumentale est retardée par rapport aux femmes ayant accouché par voie basse non instrumentale (20).

Une autre étude, de A. De Souza, portant sur l'effet de la voie d'accouchement sur la fonction sexuelle (calculée avec le Female Sexual Function Index) ne montrait pas de significativité à 12 mois du post-partum (21).

Enfin K.Von Sydow dans sa méta-analyse montrait que la reprise de la sexualité était plus rapide chez les femmes ayant eu une césarienne que chez les femmes après un accouchement par voie basse (8).

Quant au vécu de l'accouchement (par la patiente : $p = 0,795$ ou par le conjoint : $p = 0,809$), il n'agit pas sur le retour à la sexualité. Cela peut s'expliquer par l'effectif restreint de l'étude et par le fait que peu de patientes de l'étude avaient un mauvais vécu de leur accouchement. Aucun article étudiant la question du vécu de l'accouchement sur le retour à la sexualité n'a été trouvé.

5.1.2 Influence de l'alimentation et du couchage du nourrisson dans le retour à la sexualité

5.1.2.1 L'alimentation du nourrisson

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement au nouveau-né, on remarque que le mode d'alimentation du nourrisson à un mois est significativement lié au retour à la sexualité ($p < 0,001$).

Les femmes nourrissant leur enfant par une alimentation artificielle sont 65,5% à avoir eu un retour à la sexualité contre 27,7% chez les femmes allaitant et 6,7% chez les femmes fournissant une alimentation mixte.

29,3% des femmes allaitant ont exprimé une gêne provoquée par l'allaitement pour retrouver leur sexualité. Le fait de partager son corps avec son enfant peut restreindre l'envie, une femme expliquait qu'elle voyait ses « *seins comme la partie nourricière de* » son « *corps et non comme une partie sexuelle* », une autre disait « *ne pas avoir envie que* » son « *conjoint*

touche ses seins alors que pour le moment ils ont un rôle nourricier », une troisième femme allait jusqu'à interdire à son conjoint de lui toucher la poitrine : « sensibilité des bouts de seins, interdit pour le partenaire ! ». Le nombre des tétées est aussi freinateur pour certaines avec un rythme décalé par rapport au conjoint et une fatigue plus que présente : « très peu de temps en dehors des tétées (il faut dormir aussi !) » ou encore « je n'ai pas le même rythme que mon ami ».

Une enquête prospective de M. Rowland retrouvait la même corrélation sur le retour à la sexualité plus tardif des femmes allaitant. A six semaines du post-partum, 58,2% des femmes donnant une alimentation artificielle avaient repris leur sexualité contre 38,7% des femmes allaitant (22).

Le taux élevé de prolactine peut en partie expliquer ce délai plus important de retour à la sexualité. En effet l'allaitement maternel maintient la production de prolactine (hormone de la lactation) : *« Cela conduit à de faibles niveaux de gonadotrophines et, par conséquent, à de faibles niveaux d'œstrogènes et de progestérone en raison de la suppression de l'activité ovarienne. La sécheresse vaginale est une conséquence de cet état hypoestrogéné »* (22). Il semblerait que la prolactine ait un effet antagoniste sur le plaisir sexuel par inhibition de certains mécanismes dopaminergiques.

Glazener de son côté montrait, en 1997, que les femmes étaient trois fois plus susceptibles de montrer un désintérêt pour les relations sexuelles si elles allaient (17).

5.1.2.2 Le lieu de couchage

Tout comme l'alimentation du nouveau-né, le lieu de couchage de l'enfant est corrélé avec le retour à la sexualité ($p = 0,007$). En effet, les femmes partageant leur chambre avec leur enfant sont moins nombreuses à avoir eu un retour à la sexualité à un mois du post-partum : cela concerne 29,8% des femmes ayant leur nourrisson qui dort dans la même chambre contre 71% des femmes qui ne partagent pas leur chambre.

Cela peut s'expliquer par la présence quasi-permanente du nourrisson avec la femme. La femme se voit alors comme une mère et peut éprouver des difficultés à se retrouver en tant que partenaire voire en tant que femme : *« sa présence me maintient dans mon rôle de mère et m'empêche de me voir comme une femme »*. Les femmes expriment un manque d'intimité du fait de la présence du nourrisson dans la chambre.

5.1.3 Quand se fait le retour à la sexualité ?

Si on regarde les femmes ayant eu un retour à la sexualité à un mois du post-partum, celui-ci se fait majoritairement dans les trois à quatre semaines suivant l'accouchement (85,7%). Seules cinq femmes sur les trente-cinq ont retrouvé une sexualité dans les deux semaines (Tableau 16).

Ce sont les femmes qui semblent être les plus demandeuses d'un retour à la sexualité précoce comme le prouve la corrélation démontrée entre la personne sollicitant et la date de retour à la sexualité ($p = 0,02$). Quand le retour s'est fait dans les deux semaines, trois des cinq femmes ont sollicité ce retour. Alors qu'il s'agit plutôt une demande de retour à la sexualité conjointe du couple quand cela arrive dans les trois à quatre semaines. Cependant nous sommes face à un faible effectif donc il est difficile de faire une généralité de la corrélation retrouvée.

Aucune corrélation n'existe entre la date de retour à la sexualité et les variables que sont l'âge, la parité, la voie d'accouchement ou encore l'atteinte périnéale.

Plusieurs points peuvent expliquer ces résultats : le faible effectif de femmes dans notre étude et aussi le fait qu'il peut exister une crainte de se retrouver sur le plan sexuel.

De plus la mise en place de la « *préoccupation maternelle primaire* » (23), centrante une grande partie des pensées de la femme sur son enfant, va avoir une influence sur la sexualité du couple. Certaines femmes vont alors reléguer au second plan leur vie conjugale, en se rendant indisponibles pour leur conjoint.

5.2 Modifications ressenties

Après s'être questionnée sur la date de retour, il est important de s'intéresser à ce qu'ont pu ressentir les femmes. Il est à la fois question de désir et de plaisir mais aussi de douleurs, sécheresse vaginale, dyspareunie ou même d'écoulement de lait.

5.2.1 Désir et plaisir

On a vu plus tôt que les ressentis des femmes sur le désir et le plaisir pendant la grossesse étaient très variables. Les résultats sont identiques après la grossesse. 50% des femmes ne ressentent pas de différence sur cet aspect de leur sexualité. Elles sont malgré tout 20% à avoir ressenti plus de désir et au contraire 23% à avoir ressenti moins de plaisir (Tableau 20). La forme d'alimentation du nourrisson n'a pas d'influence ($p = 0,611$).

Dans une étude britannique, de Z. Abdool, à trois mois du post-partum 57% des femmes décrivaient avoir moins de désir, 33% ne voyaient pas de changement et 10% notaient une augmentation de leur désir sexuel (24). Dans cette même étude, il était démontré que l'allaitement entraînait une baisse de désir par rapport aux femmes n'allaitant pas ayant pour conséquence une reprise des rapports plus tardive. L'étude de Von Sydow retrouvait une sexualité plus intense pour 25% des femmes (8).

5.2.2 *Autres modifications*

Outre le désir et le plaisir, les femmes ont éprouvé d'autres modifications dans leur sexualité : cela a concerné 76% des femmes de notre population d'étude (Tableau 19).

En premier lieu, la sécheresse vaginale est retrouvée chez 34% des femmes. Aucune corrélation n'a été mise en évidence avec le fait d'allaiter son enfant ($p = 0,11$). Mais comme dit précédemment, notre effectif sur la question est faible ($N = 35$). Les études ont montré que l'état hypoestrogénique induit par l'allaitement maternel provoque une sécheresse vaginale (8), (25).

La douleur est aussi une composante retrouvée dans la sexualité du post-partum. Les dyspareunies sont possibles à plusieurs niveaux : douleurs vaginales, douleurs à la cicatrice de césarienne, douleurs périnéales, douleurs au toucher, douleurs pendant tout le rapport sexuel ou encore des douleurs à la pénétration.

Dans notre étude, cela touche 3% à 26% des femmes selon le type de dyspareunie. Les dyspareunies d'intromission (que l'on a nommées comme « douleurs à la pénétration » dans le questionnaire pour une meilleure compréhension des femmes) affectent 26% des femmes. L'état des connaissances sur la sexualité périnatale de C. De Pierrepont retrouve les dyspareunies comme le problème sexuel le plus courant chez les femmes : elles sont 7% à 62,5% à les ressentir selon les études (26).

L'écoulement de lait est aussi possible pendant les rapports sexuels : cela concerne trois femmes de notre étude. L'ocytocine, hormone permettant l'éjection du lait, a démontré des actions dans le domaine de la sexualité via l'activation du système dopaminergique de récompense mésolimbique. Lors de l'orgasme, une sécrétion d'ocytocine se produit (27). On comprend donc que cela va en même temps provoquer des pertes de lait.

Le sujet de la gêne corporelle est de nouveau évoqué en post-partum. Les changements physiques liés à la grossesse ont une place importante dans la sexualité du couple autant sur la sexualité pendant la grossesse que sur la sexualité en post-partum. 11% des femmes ont déclaré avoir ressenti une gêne corporelle lors de leur retour à la sexualité.

Comme nous avons pu le voir, les sensations perçues par la femme sont très diverses. La notion de douleur est très présente et ne doit pas être négligée.

5.3 Non-retour à la sexualité

Afin de mieux accompagner les femmes en cas de doute, de questionnement, d'inquiétude, il semble primordial de bien comprendre les raisons d'une non reprise de la sexualité.

5.3.1 Pour la femme

Ce qui ressort le plus est la fatigue : 44% des femmes s'accordent sur ce fait (Tableau 21). Cette fatigue peut être physique due au manque de sommeil par exemple. Mais elle peut aussi être psychique. Il ne faut pas oublier que la prévalence de la dépression du post-partum est de 5% à 20% et que la sexualité est souvent impactée. Une étude de J.E. Moel retrouve que les femmes touchées par la dépression du post-partum ont moins d'intérêt sexuel et sont moins satisfaites sexuellement (28).

La peur de la douleur vient ensuite chez 37% des femmes, ce qui n'est pas négligeable (Tableau 21). Cette douleur est effectivement ressentie par certaines femmes comme on a pu le voir chez celles qui avaient eu un retour de leur sexualité. Quand on regarde les retours des femmes sur le sujet, on sent l'inquiétude de la douleur avec une possible déception si tout ne se passe pas bien : « *Quelles vont être les sensations ? Seront-elles mieux ou moins bien qu'avant ? Est-ce-que cela va engendrer une perte de sang ? Peur que mon mari me trouve moins attirante et ressente moins de plaisir ?* » ou encore « *J'appréhende la douleur ou un changement de sensation par rapport à l'avant grossesse* ». La peur peut s'exprimer de différentes manières. Une femme ayant eu une césarienne expliquait qu'elle ne savait pas « *si tous ses organes étaient en place et fonctionnels* » et que par conséquent elle avait « *peur de* » se « *faire plus de mal et de détériorer ses organes* ». Cependant le fait d'écouter son corps, de prendre le temps de le redécouvrir avec ou sans son conjoint peut aider à vaincre cette peur.

De la même manière le manque de temps, autre cause d'un non-retour à la sexualité, est cité (29% des femmes l'énoncent). L'attention de la femme, du couple est tournée vers leur

enfant. Le temps est précieux pour apprendre à connaître son enfant, profiter pleinement de lui. Il ne faut cependant pas que cela soit au détriment de leur vie à deux. Une période d'adaptation est nécessaire pour trouver un équilibre entre la parentalité et la vie de couple : cela se construit petit à petit.

Dans les autres causes de non reprise, on retrouve l'aspect d'acceptation de son corps, cette structure extraordinaire qui a permis de donner la vie mais avec qui la femme est souvent en conflit. Cela va concerner le corps de manière globale avec 10% des femmes qui ont des difficultés à se retrouver en tant que femme à part entière, 14% ne se sentent pas désirables, 16% ont du mal avec leur corps post-accouchement. Une femme a exprimé que ses craintes concernaient sa « *silhouette post-accouchement et le désir de son mari* » tandis qu'une autre « *ne souhaitait pas que son conjoint voit la cicatrice de césarienne* ».

Mais cela concerne aussi le périnée qui a pu être abîmé pendant l'accouchement : 10% des femmes expriment avoir des difficultés à reconnaître leur périnée.

La notion d'inconfort corporel est une variable omniprésente sur le plan de la sexualité en période périnatale. Effectivement, les femmes l'évoquent comme une modification négative pendant la grossesse puis comme une cause de non reprise de la sexualité dans le post-partum.

Le manque de désir est aussi un frein à un retour à la sexualité avec 16 % qui ne ressentent aucune envie.

Les croyances personnelles, qui peuvent expliquer le fait de ne pas avoir retrouvé de sexualité, n'ont concerné que deux femmes de notre échantillon. Ces deux femmes sont de croyance musulmane. Dans cette religion, la coutume veut que la femme reste allongée sans aucune activité pendant 40 jours en attendant que le périnée se retonifie et que les lochies s'arrêtent. Les relations sexuelles sont alors reprises après ces 40 jours. Cependant la tradition n'est pas toujours respectée comme a pu nous le dire une patiente en réponse au questionnaire : « *théoriquement pas de rapport durant les règles car mon mari est musulman mais cela dépend de son humeur* ».

5.3.2 Pour le partenaire

Il ne faut pas non plus oublier les craintes que les compagnons peuvent ressentir. La sexualité se faisant à deux, une symbiose du couple sur le sujet est nécessaire. La peur de la douleur inquiète aussi les pères. La peur de débiter une nouvelle grossesse est aussi quelque chose que l'on retrouve, tandis que pour certains c'est la « *peur d'une abstinence prolongée* ».

6 Informations sur la sexualité

Après avoir essayé de comprendre au mieux l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la sexualité vient la question de l'information délivrée. A travers les données de notre étude, nous tenterons de cibler les faiblesses en matière d'information.

L'information possiblement reçue pendant la visite post-natale n'a pas été incluse dans notre étude : l'envoi du second questionnaire s'étant fait quatre semaines après l'accouchement soit avant la visite post-natale. Normalement, celle-ci est réalisée six à huit semaines après l'accouchement soit au même moment que la reprise des rapports sexuels d'après les études (8), (17), (18).

Notre objectif est de savoir si des informations sur la sexualité ont été dispensées avant le retour à la sexualité et quand l'information a été délivrée.

Avant de parler de ce que nous avons pu retrouver dans notre étude, il est intéressant de se pencher sur les recommandations écrites à ce sujet.

6.1 *Quels sont les recommandations sur l'information à délivrer ?*

Dans le guide pratique « *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum* » de l'OMS, un paragraphe de neuf lignes est consacré aux rapports sexuels dans le post-partum. Dans celui-ci, il est noté que « *les femmes ont besoin d'informations et de conseils en matière de sexualité et de contraception* » (29). La HAS, dans ses recommandations professionnelles de 2005 « *comment mieux informer les femmes enceintes ?* », évoque le fait que « *les rapports sexuels n'ont pas d'inconvénient particulier* » et qu'ils « *ne doivent pas être déconseillés* ». La notion d'information n'est évoquée à aucun moment. La HAS recommande juste que lors de la visite post-natale « *des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les difficultés éventuelles* » (30). Les recommandations de bonne pratique de 2014 sur la sortie de maternité après l'accouchement ne sont pas plus fournies sur la question (31).

Plus spécifiquement, dans le guide de sortie de maternité, du Réseau Sécurité Naissance, on trouve comme information que « *la sexualité peut reprendre dès que le couple le désire. Sachez que le périnée reste sensible et qu'une sécheresse vaginale est possible les deux premiers mois* » (32).

Au CHU de Nantes, « *L'étoile des besoins* », présente dans le livret d'alimentation, invite les femmes à se positionner sur différents items selon leurs besoins. Mais le sujet de la sexualité n'est pas évoqué. On note un item « *Je suis informée sur le retour de couche et la contraception* » dans lequel la notion de retour à la sexualité pourrait être incluse (Annexe IV).

On peut donc voir qu'aucune réelle recommandation n'existe sur le sujet. Malgré tout dans notre étude, 47% des femmes auraient souhaité recevoir une information ou plus d'informations sur la sexualité. Et elles ne sont que 34% à ne pas en avoir ressenti le besoin (Tableau 25).

De plus, 28% de femmes de notre étude ont recherché des informations par elles-mêmes, majoritairement à l'aide d'Internet mais aussi en se tournant vers un professionnel de santé pour 39% (Tableau 27).

Ce besoin est aussi retrouvé à travers le témoignage d'une femme : elle a exprimé avoir eu des mauvaises expériences lors de son retour à la sexualité sur ses précédentes grossesses. Elle disait alors avoir « *beaucoup d'appréhension* » et trouvait « *dommage qu'il n'y ait pas d'accompagnement sur le sujet* ».

A travers ces chiffres on peut voir que le besoin en information est présent. Ce besoin d'information est d'autant plus marqué que les femmes sont jeunes (tranche d'âge 18-25 ans). Une corrélation entre l'âge et le souhait de recevoir ou non une information a pu être trouvée dans notre étude ($p = 0,037$). On sait que les femmes ayant déjà des enfants sont plus rassurées par la reprise d'une sexualité (33).

6.2 Les femmes reçoivent-elles une information sur la sexualité ?

L'un des premiers constats est que très peu de femmes reçoivent une information : 29,6% des femmes en ont bénéficié pendant leur suivi prénatal ou post-natal (Tableau 22).

Ces chiffres sont en accord avec ce que d'autres auteurs ont pu trouver : une première étude démontrait que 68% des femmes ne se souvenaient pas si leur médecin/gynécologue/sage-femme leur avait parlé de sexualité durant la grossesse (8), une autre que moins d'un tiers (29%) avait reçu une information par le personnel médical (10), une troisième étude auprès de la population chinoise parlait de 9,4% des femmes ayant reçu une information (9).

A.Costiou, dans son mémoire de 1995, retrouvait que seules 33,3% des femmes s'estimaient bien et suffisamment informées sur leur sexualité au cours de la grossesse (34).

Dans une étude lituanienne de J.Isajeva, 31,9 % des femmes avaient eu une information par leur médecin pendant le suivi de grossesse (35).

C. Toesca montrait dans son mémoire que 17% des femmes avaient eu des informations en matière de sexualité pendant leur grossesse tandis qu'elles étaient 40% à en avoir reçu pendant le post-partum (36).

Plus récemment, un mémoire réalisée par F. Ellen à Angers indiquait qu'une information avait été délivrée chez 83,8 % des femmes (37). Mais ce chiffre est difficilement comparable à nos résultats car la visite post-natale et les séances de rééducation périnéale étaient incluses.

6.3 *Quand l'information a-t-elle été délivrée ?*

Si on regarde à quel moment les femmes ont reçu des informations, 59% en ont eu pendant les cours de PNP, 55% pendant le séjour en suites de couches. L'information a également été délivrée au cours du suivi de grossesse (en libéral et en hospitalier), par le conjoint qui a pu recevoir des informations lors d'une réunion réservée aux pères ou encore pendant le suivi post-natal par la sage-femme libérale (Tableau 23).

Au CHU de Nantes, la délivrance d'informations sur la sexualité se fait majoritairement en suites de couches par les sages-femmes. Elle est possible à différents moments : à la fois lors des réunions de sortie de maternité ou lors des réunions à destination du parent accompagnant mais aussi pendant la visite de sortie de suites de couches. Les réunions d'informations sont des lieux d'échanges où plusieurs parents sont présents, un partage d'expérience peut alors se faire, tandis que la visite de sortie de suites de couches se fait en individuel le plus souvent dans la chambre de la patiente. Ce temps d'information est plus intime et peut être plus adapté si la femme est gênée d'aborder le sujet.

6.4 *Quel est le moment le plus adapté pour recevoir une information sur la sexualité ?*

On a aussi questionné les femmes sur le moment qu'elles trouvaient le plus adapté pour parler de ce sujet (Tableau 28).

Les cours de PNP ont été plébiscités à 53%. Le contenu des cours de PNP sont propres à la sage-femme qui les réalise, c'est à elle d'évaluer le besoin des femmes. Cependant les cours se déroulant parfois en groupe de trois/quatre femmes enceintes, celles-ci peuvent ne pas oser aborder le sujet si la sage-femme n'en parle pas. Par ailleurs, toutes les femmes ne réalisent pas de préparation à la naissance et à la parentalité pendant leur grossesse. Une délivrance d'information à ce seul moment ne ciblerait donc qu'une partie des femmes enceintes. Aussi une information sur la sexualité est pertinente à ce moment-ci mais qu'en est-il de l'information sur le retour à la sexualité après la naissance ? N'est-ce pas trop en amont du post-partum pour que les femmes soient réellement réceptives.

51% pensent que la période du retour à la maison avec le passage de la sage-femme libérale ou la PMI est adaptée.

Les suites de couches sont un lieu approprié pour 43% des femmes. On peut se demander si ce lieu n'est pas celui où les femmes seraient le plus à l'écoute. A. Jalabert retrouvait que c'était en suites de couches que les femmes étaient désireuses d'information (38).

On voit à travers ces résultats, qu'aucun moment ne se démarque des autres. Chaque femme peut ressentir différemment la période à laquelle elle souhaite des informations.

Une délivrance d'information à la fois pendant la grossesse (en cours de PNP et/ou suivi de grossesse) et pendant le post-partum (en suites de couches et/ou au retour à la maison) semble adaptée pour pouvoir cibler toutes les femmes. Sans oublier que le sujet de la sexualité doit être évoqué lors des deux autres temps d'écoute et d'information que sont l'entretien prénatal précoce et la visite post-natale.

On peut émettre l'hypothèse que si chaque femme recevait au moins une fois des informations sur la sexualité, cela réduirait les différentes craintes qu'elle éprouve.

Enfin prendre le temps de s'écouter est le sentiment qui est le plus ressorti à la question « que diriez-vous à une femme qui vient d'accoucher sur ce sujet ? » : l'écoute de son corps, de ses envies. *« Il faut prendre son temps ! »*

Les professionnels de santé ont le devoir d'informer les femmes des modifications de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum sur la sexualité. Mais outre ces informations, il faut rassurer les femmes, les rassurer sur le fait qu'elles sauront quand elles seront prêtes, qu'il n'existe pas de délai de retour à la sexualité, que la sexualité dans le post-partum peut être un moment de redécouverte de soi mais aussi avec son partenaire. Mais surtout que la communication avec le partenaire aide, que cela peut aussi être un moment de complicité d'en parler.

« Il faut être décomplexé vis à vis de ce sujet, s'écouter et ne pas se précipiter. Mais ne pas retarder non plus si l'envie est présente. Retrouver un rôle de femme est naturel et fait du bien aussi ! »

6.5 *Quel est le rôle de la sage-femme ?*

Les sages-femmes sont les plus à même de communiquer aux femmes une information sur la sexualité en période périnatale. A la fois l'élargissement du champ de compétences des sages-femmes en matière de gynécologie et de prévention (loi HSPT du 21 Juillet 2009) et la connaissance des modifications physiologiques de la grossesse et du post-partum font des sages-femmes un interlocuteur privilégié pour parler de ce sujet. Mais aussi grâce au lien de confiance qui peut exister entre la femme et la sage-femme. Du suivi gynécologique au suivi postnatal, la sage-femme accompagne la femme durant les étapes de sa vie.

Lors de la formation initiale de sage-femme, une partie de l'unité d'enseignement de gynécologie concerne la sexologie, à cela s'ajoutait jusqu'en 2019, à l'école de sages-femmes de Nantes, des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle. Ces séances, dans les collèges/lycées de l'agglomération nantaise, étaient le résultat d'un partenariat entre l'IREPS et l'école de sages-femmes de Nantes. L'enjeu était double : à la fois il s'agissait de prévention auprès des jeunes via l'éducation à la santé sexuelle, aux relations avec les autres, à la sexualité et d'un autre côté cela permettait la formation des futurs professionnels de santé.

Il est aussi possible d'exercer en tant que sexologue après obtention d'un diplôme universitaire de sexologie. Des formations plus courtes ayant la sexualité pour sujet sont aussi possibles dont certaines peuvent être intégrées dans le développement professionnel continu (obligatoire tous les trois ans).

V CONCLUSION

Durant la période périnatale, la femme et son partenaire découvrent un nouveau rôle : celui de parent. Ce rôle va s'ajouter à ceux de partenaire conjugal et de partenaire sexuel. Des modifications vont survenir pour tenter d'équilibrer ces trois rôles primordiaux dans une relation.

L'enquête a montré un grand bouleversement de la sexualité en période périnatale. On a pu constater que chaque histoire est différente quand on évoque la sexualité et qu'aucune généralité ne peut être établie.

Des corrélations ont pu être prouvées dont certaines inattendues comme le lien entre le lieu de couchage et le retour à la sexualité. D'autres ont pu être de nouveau démontrées : l'allaitement maternel et l'impact sur la sexualité ou encore la diminution de la fréquence de l'activité sexuelle tout au long de la grossesse. A contrario, on a pu constater que la voie d'accouchement ne semblait pas influencer le retour à la sexualité.

Un manque d'information en matière de sexualité a été mis en évidence. On ne peut pas se prévaloir d'effectuer une prise en charge globale quand on constate que seules 30% des femmes ont eu des informations en matière de sexualité.

On a pu découvrir que la majorité des femmes souhaitait des informations et qu'il ne fallait pas hésiter à en discuter avec les femmes car rares seront celles qui oseront poser des questions. Ainsi, c'est en prenant l'habitude d'évoquer la sexualité que l'on rendra le sujet moins sensible et qu'alors les femmes oseront de plus en plus aborder le sujet sans gêne. On pourrait aussi penser à intégrer des informations sur ce thème dans les plaquettes d'informations déjà existantes.

En effet, la sexualité est un vaste thème qu'il est intéressant de comprendre pour mieux l'appréhender. De trop nombreux tabous existent encore autour du sujet et il est déterminant de les faire disparaître. Une prise de conscience des différents acteurs en matière de santé sexuelle se fait depuis plusieurs années et des moyens sont mis en œuvre. La Stratégie nationale de santé sexuelle le prouve avec la question de la prévention en point d'orgue. Le chemin est encore long mais les normes sociales entourant la sexualité sont vouées à être modifiées grâce à l'éducation à la sexualité. Le rôle des sages-femmes en matière de prévention et d'éducation sexuelle est réel. Le CNOSF dans son livre blanc de 2016 le démontrait déjà avec notamment la quatrième proposition : « *Faciliter la participation des sages-femmes dans les lycées et collèges à l'éducation à la vie affective et sexuelle* ».

Évoquer la sexualité de manière systématique pendant la grossesse est une solution. De plus en abordant ce sujet, d'autres peuvent en émerger comme les violences faites aux femmes par exemple.

Les sages-femmes, les médecins doivent réassurer les femmes et les couples en les informant, en leur offrant du soutien et en les sensibilisant sur la question de la sexualité pendant la période périnatale.

La grossesse est une période de transition qui donne accès à la parentalité mais cela ne veut pas dire qu'elle fait disparaître la sexualité.

Comme le dit M.H Colson , « *le counseling sexuel tout au long des étapes de la parentalité permet bien souvent une reprise plus aisée de la sexualité en évitant la rupture d'intimité pendant cette période* » (39).

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Organisation Mondiale de la Santé.** Définition de la Santé sexuelle. 2011 (Cité le 12 Septembre 2019). Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- [2] **Ministère des solidarités et de la santé.** Stratégie nationale de santé sexuelle. 2017 [En ligne]. (Consulté le 20 Décembre 2019). Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- [3] **INSERM, DRESS.** Enquête nationale périnatale : rapport 2016 - Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. 2017 [En ligne]. (Consulté le 31 Août 2019). Disponible sur : https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Pro/ENP2016_rapport_complet.pdf
- [4] **Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble.** Bilan d'activité des maternités des Pays de la Loire 2018. 2019 [En ligne]. (Consulté le 1 Décembre 2019). Disponible sur : https://www.reseau-naissance.fr/medias/2019/10/BILAN_ACTIVITE2018_MATER_VF.pdf
- [5] **Dictionnaire Larousse.** Définition de la sexualité. [En ligne]. (Cité le 22 Octobre 2019). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexualité/72486>
- [6] **Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E.** *Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth.* Aust New Zeal J Obstet Gynaecol. 2006 Aug; 46(4): 282–7.
- [7] **Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE et al.** *Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes.* J Gynecol Obstet Biol la Reprod. 2011 Feb;40(1):36–41.
- [8] **Von Sydow K.** *Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies.* J Psychosom Res. 1999;47(1):27–49.
- [9] **Fok WY, Chan LYS, Yuen PM.** *Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women.* Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(10):934–8.
- [10] **Bartellas E, Crane JMG, Daley M et al.** *Sexuality and sexual activity in pregnancy.* BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2000;107(8):964–8.
- [11] **Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA, Byrd JM.** *Sexuality during pregnancy and the year postpartum.* J Sex Res. 1996;33(2):143–51.
- [12] **De Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E.** *Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité - Partie 1.* J Gynécologie Obs Biol la Reprod. 2016. 45:796–808
- [13] **Johnson V-E, Master W-H.** *Human sexual response.* Bantam Books. 1996.

- [14] **Adeyemi AB, Fatusi AO, Makinde ON et al.** *Changes in sexual practices and responses among ante-natal clinic attendees in a Nigerian teaching hospital.* J Obstet Gynaecol (Lahore). 2005 Nov 1;25(8):796–802.
- [15] **Caouder L.** *Sexualité et maternité : l'expérience des femmes.* Mémoire pour le diplôme d'État de sage-femme. Université de Nantes. 2013
- [16] **Pottier S.** *Sexualité et grossesse : l'expérience des pères.* Mémoire pour le diplôme d'État de sage-femme. Université de Nantes. 2019
- [17] **Glazener CMA.** *Sexual function after childbirth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition.* BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 1997;104(3):330–5.
- [18] **Sauvestre-Foucault C.** *Sexualité du post-partum : Évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels.* Mémoire pour le diplôme d'État de sage-femme. Université de Paris Descartes. 2011.
- [19] **Connolly AM, Thorp J, Pahel L.** *Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: A longitudinal prospective study.* Int Urogynecol J. 2005;16(4):263–7.
- [20] **McDonald EA, Brown SJ.** *Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth?* BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2013 Jun;120(7):823–30.
- [21] **De Souza A, Dwyer PL, Charity M et al.** *The effects of mode delivery on postpartum sexual function : A prospective study.* BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2015;122(10) : 1410 – 8.
- [22] **Rowland M, Foxcroft CL, Hopman CWM, Patel MAR.** *Breastfeeding and sexuality immediately post partum.* Can Fam Physician. 2005 Oct 10; 51(10): 1367.
- [23] **Winnicott D.** *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Payot. 1969.
- [24] **Abdool Z, Thakar R, Sultan AH.** *Postpartum female sexual function.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009;145(2):133–7.
- [25] **Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT.** *Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women.* Am J Obstet Gynecol. 2001;184(5):881–90.
- [26] **De Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E.** *Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité - Partie 2.* J Gynécologie Obs Biol la Reprod. 2016 ;45:809–20.
- [27] **Martin-Du Pan RC.** *L'ocytocine: Hormone de l'amour, de la confiance et du lien conjugal et social.* Rev Med Suisse. 2012;8(333):627–30.
- [28] **Moel JE, Buttner MM, O'Hara MW et al.** *Sexual function in the postpartum period: Effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment.* Arch Womens Ment Health. 2010 Dec;13(6):495–504.

- [29] **Organisation Mondiale de la Santé.** *Soins à la mère et au nouveau dans le post-partum : guide pratique.* 1999 (Cité le 14 Septembre 2019). Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66396/WHO_RHT_MSM_98.3_fre.pdf?sequence=1
- [30] **HAS.** *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé.* Avril 2005 (Cité le 14 Septembre 2019). Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
- [31] **HAS.** *Sortie de maternité après l'accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés.* Mars 2014 (Cité le 14 Septembre 2019). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire_scientifique_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- [32] **Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble.** *Document de sortie de maternité et de néonatalogie.* 2018 (Consulté le 15 Septembre 2019). Disponible sur : <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2018/10/RSN-Documentdesortie-2018.pdf>
- [33] **Yeniel AO, Petri E.** *Pregnancy, childbirth, and sexual function: Perceptions and facts.* Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2014;25(1):5–14.
- [34] **Costiou A.** *Neuf mois en attendant l'enfant : modifications du comportement sexuel, risques pour la grossesse.* Mémoire pour le diplôme d'État de sage-femme. Université de Nantes. 1995
- [35] **Isajeva J, Šilkunas M, Drasutiene GS et al.** *Features of the sexual life during pregnancy.* Acta medica Litu. 2012;19(2):67–74.
- [36] **Toesca C.** *Sexualité après la naissance d'un premier enfant : étude auprès de 75 primipares – Quel impact de la naissance sur la sexualité féminine ?.* Mémoire pour le diplôme d'État de sage-femme. Université de Nice. 2017
- [37] **Ellen F.** *Reprise des rapports sexuels dans le post-partum : appréhensions et informations des primipares.* Mémoire pour le diplôme d'État de sage-femme. Université d'Angers. 2017
- [38] **Jalabert A.** *Devenir père et mère, et rester partenaires – Impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple et besoin en information.* Mémoire pour le diplôme d'État de sage-femme. Université de Metz. 2012
- [39] **Colson MH.** *Sexualité féminine et étapes de la parentalité.* Gynecol Obstet Fertil. 2014 Oct 1;42(10):714–20.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux

TABLEAU 1 : TRANCHE D'ÂGE DES PATIENTES	7
TABLEAU 2: ORIGINE DES PATIENTES.....	7
TABLEAU 3 : ACTIVITE PROFESSIONNELLE SELON LA NOMENCLATURE DES PROFESSIONS ET CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DE L'INSEE	7
TABLEAU 4 : PARITE	8
TABLEAU 5 : TAUX DE RECOURS A LA PMA	8
TABLEAU 6 : MODE DE SURVENUE DE LA GROSSESSE	8
TABLEAU 7 : IMPORTANCE DE LA SEXUALITE DANS LE COUPLE	9
TABLEAU 8 : COMPARAISON DE PLUSIEURS VARIABLES SELON L'IMPORTANCE DE LA SEXUALITE.....	9
TABLEAU 9 : INTENSITE DE L'ACTIVITE SEXUELLE PENDANT LA GROSSESSE PAR RAPPORT A AVANT LA GROSSESSE.....	10
TABLEAU 10 : COMPARAISON DE PLUSIEURS VARIABLES SELON L'INTENSITE RESSENTIE PENDANT LA GROSSESSE.....	10
TABLEAU 11 : COMPARAISON DE PLUSIEURS VARIABLES SELON LA FREQUENCE DE L'ACTIVITE SEXUELLE AU 1ER TRIMESTRE	11
TABLEAU 12 : COMPARAISON DE PLUSIEURS VARIABLES SELON LA FREQUENCE DE L'ACTIVITE SEXUELLE AU 2EME TRIMESTRE	12
TABLEAU 13 : COMPARAISON DE PLUSIEURS VARIABLES SELON LA FREQUENCE DE L'ACTIVITE SEXUELLE AU 3EME TRIMESTRE	12
TABLEAU 14 : VOIE D'ACCOUCHEMENT	14
TABLEAU 15 : ATTEINTE PERINEALE LORS DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	14
TABLEAU 16 : ÉTAT DES LIEUX DU RETOUR DE LA SEXUALITE A 1 MOIS.....	16
TABLEAU 17 : COMPARAISON DE PLUSIEURS VARIABLES SELON LE RETOUR A LA SEXUALITE.....	17
TABLEAU 18 : COMPARAISON DE PLUSIEURS VARIABLES SELON LA PERSONNE SOLLICITANT LE RETOUR A LA SEXUALITE.....	17
TABLEAU 19 : SENSATIONS RESSENTIES PAR LES PATIENTES LORS DES RAPPORTS SEXUELS.....	18
TABLEAU 20 : COMPARAISON DE LA SEXUALITE AVANT LA GROSSESSE ET DE LA SEXUALITE DANS LE POST-PARTUM	18
TABLEAU 21 : CAUSES DE LA NON-REPRISE DE LA SEXUALITE.....	19
TABLEAU 22 : TAUX DE FEMMES AYANT REÇU UNE INFORMATION SUR LE SUJET DE LA SEXUALITE.....	19
TABLEAU 23 : MOMENT DE DELIVRANCE D'INFORMATIONS SUR LA SEXUALITE	20
TABLEAU 24 : COMPARAISON DE PLUSIEURS VARIABLES AVEC LE FAIT D'AVOIR BENEFICIE D'UNE INFORMATION SUR LA SEXUALITE ...	20
TABLEAU 25 : SOUHAIT DES PATIENTES DE RECEVOIR UNE INFORMATION	20
TABLEAU 26 : COMPARAISON DE PLUSIEURS VARIABLES AVEC LE SOUHAIT DE RECEVOIR UNE INFORMATION SUR LA SEXUALITE	21
TABLEAU 27 : LIEUX DE RECHERCHE D'INFORMATIONS PAR LES FEMMES.....	21
TABLEAU 28 : MOMENT LE PLUS OPPORTUN POUR LA DELIVRANCE D'INFORMATION SELON LES FEMMES	22
TABLEAU 29 : PARITE SELON DIFFERENTES ETUDES	23
TABLEAU 30 : VOIE D'ACCOUCHEMENT SELON DIFFERENTES ETUDES	24

Figures

FIGURE 1 : CHANGEMENT DANS L'ACTIVITE SEXUELLE PAR RAPPORT A AVANT LA GROSSESSE ET PAR TRIMESTRE	11
FIGURE 2 : MODIFICATIONS NEGATIVES RESSENTIES PAR LES PATIENTES PAR TRIMESTRE	13
FIGURE 3 : MODIFICATIONS POSITIVES RESSENTIES PAR LES PATIENTES PAR TRIMESTRE.....	13
FIGURE 4 : ÉCHELLE DU VECU DE L'ACCOUCHEMENT PAR LES FEMMES	15
FIGURE 5 : ÉCHELLE DU VECU DE L'ACCOUCHEMENT PAR LES CONJOINTS	15
FIGURE 6 : COMPARAISON DES MODES D'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE A LA MATERNITE ET A 1 MOIS	16

ANNEXES

ANNEXE I : Premier questionnaire distribué en suites de couches

NUMERO DE CHAMBRE :

QUESTIONNAIRE EN SUITES DE COUCHES - MEMOIRE SUR LA SEXUALITE

Bonjour Madame,

Je suis Léonie Schneider étudiante sage-femme en 4ème année à Nantes. C'est dans le cadre de mon mémoire de fin d'année d'études qui a pour sujet « l'information sur la sexualité après la naissance » que je vous sollicite pour répondre à mon questionnaire.

Mon étude se déroule dans le service de suites de couches du CHU de Nantes. Elle a pour objectif de faire un état des lieux de la sexualité pendant la grossesse et après l'accouchement, et de savoir si vous avez pu bénéficier d'informations/conseils sur ce sujet.

Le questionnaire comporte deux parties:

- un questionnaire en suites de couches au 1^{er} ou 2^{ème} jour après l'accouchement (ci-dessous)
- un questionnaire 1 mois après la naissance (que je vous enverrai par mail).

Les deux questionnaires sont anonymes et seront reliés par un numéro d'identification pour permettre l'exploitation des données.

Pour pouvoir vous faire parvenir le 2ème questionnaire, j'aurai besoin de votre adresse mail. Vos coordonnées ne seront utilisées que pour cet unique usage.

Je vous remercie pour votre aide dans la réalisation de mon mémoire.

GENERALITES

A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

- ☐ 18-25 ans
- ☐ 26-30 ans
- ☐ 31-35 ans
- ☐ 36-40 ans
- ☐ 41 ans et plus

D'où êtes-vous originaire ?

- ☐ Europe
- ☐ Afrique
- ☐ Amérique
- ☐ Asie
- ☐ Autre:

Quelle est votre activité professionnelle ?

- ☐ Agriculteurs exploitants
- ☐ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- ☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures
- ☐ Professions intermédiaires (institutrice, profession paramédicale, technicienne, ...)
- ☐ Employés
- ☐ Ouvriers
- ☐ Étudiants
- ☐ Sans activité professionnelle

Êtes-vous actuellement en couple ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Combien d'autre(s) enfant(s) avez-vous ?

- ☐ Aucun
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 ou plus

Au cours de votre vie, avez-vous été victime de mutilations de type sexuelles ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Au cours de votre vie, vous a-t-on déjà fait du mal de manière morale, physique ou sexuelle ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

GROSSESSE

Votre grossesse était-elle ?

- ☐ Attendue
- ☐ Surprise

Étiez-vous enceinte ?

- ☐ D'un enfant
- ☐ De jumeaux

Avez-vous eu recours à l'aide médicale à la procréation pour cette grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quelle était votre contraception avant le désir/ la survenue de la grossesse ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Aucune contraception
- ☐ Pilule
- ☐ Préservatifs
- ☐ Stérilet
- ☐ Implant contraceptif
- ☐ Méthodes naturelles
- ☐ Anneau vaginal
- ☐ Diaphragme
- ☐ C'était une grossesse sous contraception
- ☐ Autre :

Votre grossesse a été suivie par ? (hors consultations du 8ème et 9ème mois)

- ☐ Une sage-femme libérale (en ville)
- ☐ Une sage-femme hospitalière
- ☐ Un gynécologue-obstétricien libéral (en ville)
- ☐ Un gynécologue-obstétricien hospitalier
- ☐ Votre médecin traitant
- ☐ Je n'ai pas eu de suivi de grossesse

Avez-vous réalisé des séances de préparation à la naissance et à la parentalité pendant la grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Votre compagnon a-t-il participé à ces séances ?

- ☐ Oui à toutes les séances
- ☐ Oui à une ou plusieurs séances
- ☐ Non il n'a pas participé
- ☐ Il a participé à une (ou plusieurs) séances réservées aux futurs pères et/ou aux couples.

SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE

Quelle importance accordez-vous à la sexualité dans votre couple ?

- ☐ Très importante
- ☐ Importante
- ☐ Moyennement importante
- ☐ Peu importante
- ☐ Pas importante

Pendant la grossesse, votre sexualité était-elle (par rapport à votre sexualité avant la grossesse)?

- ☐ Plus intense
- ☐ Pas de différence
- ☐ Moins intense

La grossesse a-t-elle entraîné des modifications négatives sur le plan sexuel ?

Au 1er trimestre (jusqu'à 3 mois de grossesse) :

- ☐ Moins de désir
- ☐ Moins de plaisir
- ☐ Gêne
- ☐ Inconfort corporel
- ☐ Peur de faire mal au bébé
- ☐ Peur d'avoir des contractions
- ☐ Peur de faire une fausse couche
- ☐ Autre peur :
- ☐ Aucune gêne
- ☐ Autre :

Au 2nd trimestre de grossesse (de 3 à 6 mois de grossesse) :

- ☐ Moins de désir
- ☐ Moins de plaisir
- ☐ Gêne
- ☐ Inconfort corporel
- ☐ Peur de faire mal au bébé
- ☐ Peur d'avoir des contractions
- ☐ Autre peur :
- ☐ Aucune gêne
- ☐ Autre :

Au dernier trimestre de grossesse (de 7 à 9 mois de grossesse) :

- ☐ Moins de désir
- ☐ Moins de plaisir
- ☐ Gêne
- ☐ Inconfort corporel
- ☐ Peur de faire mal au bébé
- ☐ Peur d'avoir des contractions
- ☐ Autre peur :
- ☐ Aucune gêne
- ☐ Autre :

La grossesse a-t-elle entraîné des modifications positives sur le plan sexuel ?

Au 1er trimestre (jusqu'à 3 mois de grossesse) :

- ☐ Plus de désir
- ☐ Plus de plaisir
- ☐ Autre :
- ☐ Pas de modifications positives

Au 2nd trimestre de grossesse (de 3 à 6 mois de grossesse) :

- ☐ Plus de désir
- ☐ Plus de plaisir
- ☐ Autre :
- ☐ Pas de modifications positives

Au dernier trimestre de grossesse (de 7 à 9 mois de grossesse) :

- ☐ Plus de désir
- ☐ Plus de plaisir
- ☐ Autre :
- ☐ Pas de modifications positives

**La grossesse a-t-elle entraîné un changement dans la fréquence de votre activité sexuelle ?
(par rapport à avant la grossesse)**

Au 1er trimestre (jusqu'à 3 mois de grossesse) :

- ☐ Augmentation de l'activité sexuelle
- ☐ Diminution de l'activité sexuelle
- ☐ Pas de changement de la fréquence

Au 2nd trimestre de grossesse (de 3 à 6 mois de grossesse) :

- ☐ Augmentation de l'activité sexuelle
- ☐ Diminution de l'activité sexuelle
- ☐ Pas de changement de la fréquence

Au dernier trimestre de grossesse (de 7 à 9 mois de grossesse) :

- ☐ Augmentation de l'activité sexuelle
- ☐ Diminution de l'activité sexuelle
- ☐ Pas de changement de la fréquence

Avez-vous du avoir des préconisations médicales concernant les rapports sexuels pendant votre grossesse ? (Menace d'accouchement prématuré, placenta bas inséré, hospitalisation, ..)

- ☐ Oui
- ☐ Non

ACCOUCHEMENT / NAISSANCE

Votre accouchement a-t-il été ?

- ☐ Naturel
- ☐ Déclenché
- ☐ Programmé

Avez-vous eu une péridurale pour l'accouchement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous n'avez pas eu de péridurale pour l'accouchement, était-ce par choix ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
 - ☐ Contre-indication médicale
 - ☐ La naissance a été trop rapide
 - ☐ L'équipe d'anesthésie n'était pas disponible
 - ☐ Salle de naissance non disponible à temps
 - ☐ Autre :

Comment avez-vous accouché ?

- ☐ Accouchement naturel (voie basse)
- ☐ Voie basse instrumentale (forceps, ventouse, spatules)
- ☐ Césarienne programmée
- ☐ Césarienne en urgence

Lors de votre accouchement (hors césarienne), avez-vous eu ?

- ☐ Un périnée intact (aucun point de suture)
- ☐ Une déchirure
- ☐ Une épisiotomie

Si vous avez eu une déchirure pendant l'accouchement, le sphincter anal a-t-il été touché ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Quel est votre vécu de votre accouchement, sur une échelle de 1 à 10 ?

1 = Très mauvais vécu

10 = Excellent vécu



- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

La père de votre enfant était-il présent à la naissance ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quel est le vécu qu'à votre conjoint sur votre accouchement, sur une échelle de 1 à 10 ?

1 = Très mauvais vécu

10 = Excellent vécu



- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

Quel mode d'alimentation avez-vous choisi pour votre enfant ?

- ☐ Allaitement maternel
- ☐ Allaitement artificiel (biberon de lait artificiel)
- ☐ Mixte (allaitements maternel et artificiel)

VOTRE ENFANT

A la naissance, votre enfant a-t-il eu besoin d'être hospitalisé dans un autre service ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

ANNEXE II : Second questionnaire envoyé un mois après l'accouchement

2nd QUESTIONNAIRE - 4 SEMAINES APRES L'ACCOUCHEMENT

Bonjour Madame,

Je suis Léonie Schneider, étudiante sage-femme en 4ème année à Nantes. Vous recevez ce questionnaire car vous avez accepté de participer à mon mémoire de fin d'études, ce mémoire portant sur la sexualité durant la période autour de la naissance.

Je vous ai sollicité il y a environ 1 mois durant votre séjour en suites de couches au CHU de Nantes.

Ce deuxième questionnaire me permet de faire un suivi et d'avoir de nouvelles données.

Ce questionnaire est ANONYME et les données ne seront utilisées à aucun autre usage que celui de mon mémoire.

Merci de bien remplir votre **NUMERO D'IDENTIFICATION** (transmis dans le mail). Ce numéro permet de faire le lien entre les deux questionnaires.

Le questionnaire comprend 25 questions.

Je vous remercie du temps que vous m'accordez.

Quel est votre numéro d'identification (transmis dans le mail) ?

.....

A ce jour, avez-vous déjà eu votre visite post-natale ?

- ☐ Oui
☐ Non

Comment est actuellement alimenté votre enfant ?

- ☐ Allaitement maternel
☐ Allaitement artificiel (biberon de lait artificiel)
☐ Mixte (allaitements maternel et artificiel)

Pour la suite du questionnaire, quand je parle de retour à la sexualité, cela concerne tout ce qui touche la sexualité ou l'intimité du couple. Que ce soit les préliminaires et/ou les rapports sexuels avec pénétration.

SEXUALITE APRES LA NAISSANCE

Vos pratiques culturelles, religieuses ou éducationnelles ont-elles une influence sur le retour à votre sexualité à la suite de l'accouchement ?

- ☐ Oui
De quelle manière ?

.....

.....

- ☐ Non

Aviez-vous une contraception de prescrite/posée à la sortie de la maternité ?

- ☐ Oui
☐ Non

Quelle était cette contraception ?

- ☐ Pilule
- ☐ Préservatif
- ☐ Implant
- ☐ Stérilet
- ☐ Autre

Avez-vous repris une activité sexuelle depuis l'accouchement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous avez repris une activité sexuelle, à quelle date a-t-elle été reprise ?

- ☐ Dans les 2 semaines après l'accouchement
- ☐ 3-4 semaines après l'accouchement
- ☐ 5-6 semaines après l'accouchement
- ☐ Je n'ai pas repris une activité sexuelle

Si vous n'avez pas repris une activité sexuelle, cela est-il dû à ?

Plusieurs réponses sont possibles.

- ☐ La fatigue
- ☐ Un manque de temps
- ☐ Aucune envie
- ☐ Aucune envie de la part de votre conjoint
- ☐ La difficulté de reconnaître son périnée
- ☐ La difficulté d'accepter son corps après la grossesse et l'accouchement
- ☐ La difficulté de se retrouver en tant que femme à part entière
- ☐ La peur de la douleur
- ☐ Vous ne vous sentez pas désirable
- ☐ Du fait de vos croyances personnelles
- ☐ Autre :

.....
.....

Qui a sollicité en premier le retour à la sexualité ?

- ☐ Vous
- ☐ Votre partenaire
- ☐ Tous les deux
- ☐ Je n'ai pas repris une activité sexuelle

Aviez/Avez-vous des craintes concernant le retour à la sexualité ?

- ☐ Oui
-
.....

Pouvez-vous m'en dire un peu plus concernant vos craintes

?.....
.....
.....

- ☐ Non

Votre conjoint vous a-t-il parlé de craintes concernant le retour à la sexualité ?

- ☐ Oui
.....
.....
Pouvez-vous m'en dire un peu plus concernant les craintes de votre partenaire
?.....
.....
☐ Non

Avez-vous senti une différence dans votre sexualité par rapport à avant la grossesse ?

- ☐ Plus de plaisir
☐ Plus de désir
☐ Identique
☐ Moins de plaisir
☐ Moins de désir
☐ Je n'ai pas encore repris une activité sexuelle

Lors de la reprise des rapports, avez-vous ressenti des ?

- ☐ Gêne corporel (sensation de ne pas se retrouver dans son corps)
☐ Douleurs au toucher
☐ Douleurs vaginales
☐ Douleurs à la cicatrice (si déchirure/épisiotomie)
☐ Douleurs à la cicatrice de césarienne
☐ Douleurs à la pénétration
☐ Douleurs pendant tout le rapport
☐ Sécheresse vaginale
☐ Ecoulement de lait
☐ Autre :
.....
☐ Rien du tout

Si vous allaitez votre enfant, l'allaitement entraîne-t-il un gêne pour retrouver votre sexualité ?

- ☐ Oui
☐ Non

INFORMATIONS SUR LA SEXUALITE APRES L'ACCOUCHEMENT

Durant votre grossesse ou après votre accouchement, avez-vous eu des informations sur la reprise de la sexualité après l'accouchement (modifications corporelles, hormonales, sécheresse vaginale, ...)

- ☐ Oui
☐ Non

Auriez-vous souhaité avoir des informations (ou plus d'informations) à ce sujet ?

- ☐ Oui
☐ Non celles que j'ai eues étaient suffisantes
☐ Non je ne souhaitais pas d'informations
☐ Non je n'en ai pas ressenti le besoin

Avez-vous eu besoin de rechercher par vous-même des informations à ce sujet ?

- ☐ Oui par :
- ☐ Internet
 - ☐ Forum
 - ☐ Amies/famille
 - ☐ Magazines
 - ☐ En demandant aux professionnels de santé
 - ☐ Autre(s) :
- ☐ Non

A quel moment avez-vous bénéficié d'informations sur ce sujet ?

Plusieurs réponses sont possibles

- ☐ Pendant mon suivi de grossesse mensuel (avec ma sage-femme libérale, médecin généraliste, gynécologue-obstétricien)
- ☐ Pendant mon suivi hospitalier prénatal (consultations du 8ème et 9ème mois)
- ☐ Pendant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité
- ☐ Pendant le séjour en suites de couches
- ☐ Lors de mon suivi post-natal par la sage-femme libérale
- ☐ A la PMI
- ☐ Par mon conjoint qui a participé à une réunion/séance réservée aux pères
- ☐ Autres :
- ☐ Je n'ai pas eu d'informations à ce sujet

Si vous avez eu des informations durant votre séjour en suites de couches à la maternité, cela vous a-t-il semblé le moment opportun pour en parler ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pour vous, quel moment est le plus adapté pour évoquer ce sujet avec les femmes ?

Plusieurs réponses sont possibles

- ☐ Pendant le suivi de grossesse
- ☐ Pendant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité
- ☐ Pendant le séjour en suites de couches
- ☐ Au retour à domicile (par la sage-femme libérale, PMI)

Si vous avez eu des informations au sujet de la sexualité après l'accouchement, cela vous a-t-il aidé à avoir plus confiance ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si des professionnels de santé vous en ont parlé, semblaient-ils à l'aise ou gênés d'aborder le sujet ?

- ☐ A l'aise
- ☐ Gêné
- ☐ C'est moi qui ai du poser la question pour avoir des informations/conseils

Auriez-vous abordé le sujet si on ne vous en avait pas parlé ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Que diriez-vous à une femme qui vient d'accoucher sur ce sujet ?

[illegible]

Je vous remercie grandement pour votre participation.
Léonie Schneider

ANNEXE III : Tableaux détaillés des corrélations significatives

	Très importante		Importante		Moyennement importante		Peu importante		Pas importante	
Europe	15	15 %	53	54 %	12	12 %	2	2 %	1	1 %
Afrique	4	4 %	4	4 %	2	2 %	0	0 %	0	0 %
Amérique	0	0 %	2	2 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
Asie	2	2 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	N = 21	21 %	N = 59	60 %	N = 14	14 %	N = 2	2 %	N = 2	2 %

Tableau A : Importance de la sexualité selon l'origine - $p = 0,05$

	Plus intense		Pas de différence		Moins intense	
Aucun	3	3 %	5	5 %	43	44 %
1	3	3 %	6	7 %	21	22 %
2	1	1 %	2	2 %	7	7 %
3 ou plus	3	3 %	0	0 %	3	3 %
	N = 10	10%	N = 13	14 %	N = 74	76%

Tableau B : Intensité de l'activité sexuelle pendant la grossesse selon la parité - $p = 0,031$

	Plus intense		Pas de différence		Moins intense	
Europe	4	4 %	10	11 %	69	71 %
Afrique	5	5 %	2	2 %	2	2 %
Amérique	1	1 %	0	0 %	2	2 %
Asie	0	0 %	1	1 %	1	1 %
	N = 10	10 %	N = 13	14 %	N = 74	76 %

Tableau C : Intensité de l'activité sexuelle pendant la grossesse selon l'origine - $p = 0$

	Augmentation		Identique		Diminution	
Agriculteurs exploitants	0	0 %	0	0 %	1	1 %
Artisans	0	0 %	0	0 %	2	2 %
Cadres	1	1 %	6	6 %	15	15 %
Professions intermédiaires	1	1 %	6	6 %	14	15 %
Employés	1	1 %	13	14 %	21	22 %
Ouvriers	0	0 %	1	1 %	0	0 %
Étudiants	1	1 %	0	0 %	1	1 %
Sans emploi	1	1 %	10	10 %	2	2 %
	N = 5	5 %	N = 36	37 %	N = 56	58 %

Tableau D : Changement de l'activité sexuelle au 1er trimestre selon l'activité professionnelle - $p = 0,04$

	Augmentation		Identique		Diminution	
Europe	2	2 %	24	25 %	56	60 %
Afrique	2	2 %	3	3 %	3	3 %
Amérique	0	0 %	0	0 %	3	3 %
Asie	1	1 %	0	0 %	1	1 %
	N = 5	5 %	N = 27	28 %	N = 63	67 %

Tableau E: Changement de l'activité sexuelle au 2ème trimestre selon l'origine - $p = 0,006$

	Reprise		Pas de reprise	
Europe	34	35 %	49	50 %
Afrique	0	0 %	10	10 %
Amérique	0	0 %	3	3 %
Asie	1	1 %	1	1 %
	N = 35	36 %	N = 63	64 %

Tableau F: Retour à la sexualité selon l'origine - $p = 0,038$

	Reprise		Pas de reprise	
Allaitement maternel	15	15,3 %	39	39,8 %
Allaitement artificiel	19	19,4 %	10	10,2 %
Allaitement mixte (maternel + artificiel)	1	1,0 %	14	14,3 %
	N = 35	36 %	N = 63	64 %

Tableau G: Retour à la sexualité selon le mode d'alimentation à 1 mois - $p = 0$

	Reprise		Pas de reprise	
Chambre parentale	25	26 %	59	60 %
Autre chambre	10	10 %	4	4 %
	N = 35	36 %	N = 63	64 %

Tableau H: Retour à la sexualité selon le lieu de couchage du nouveau-né - $p = 0,007$

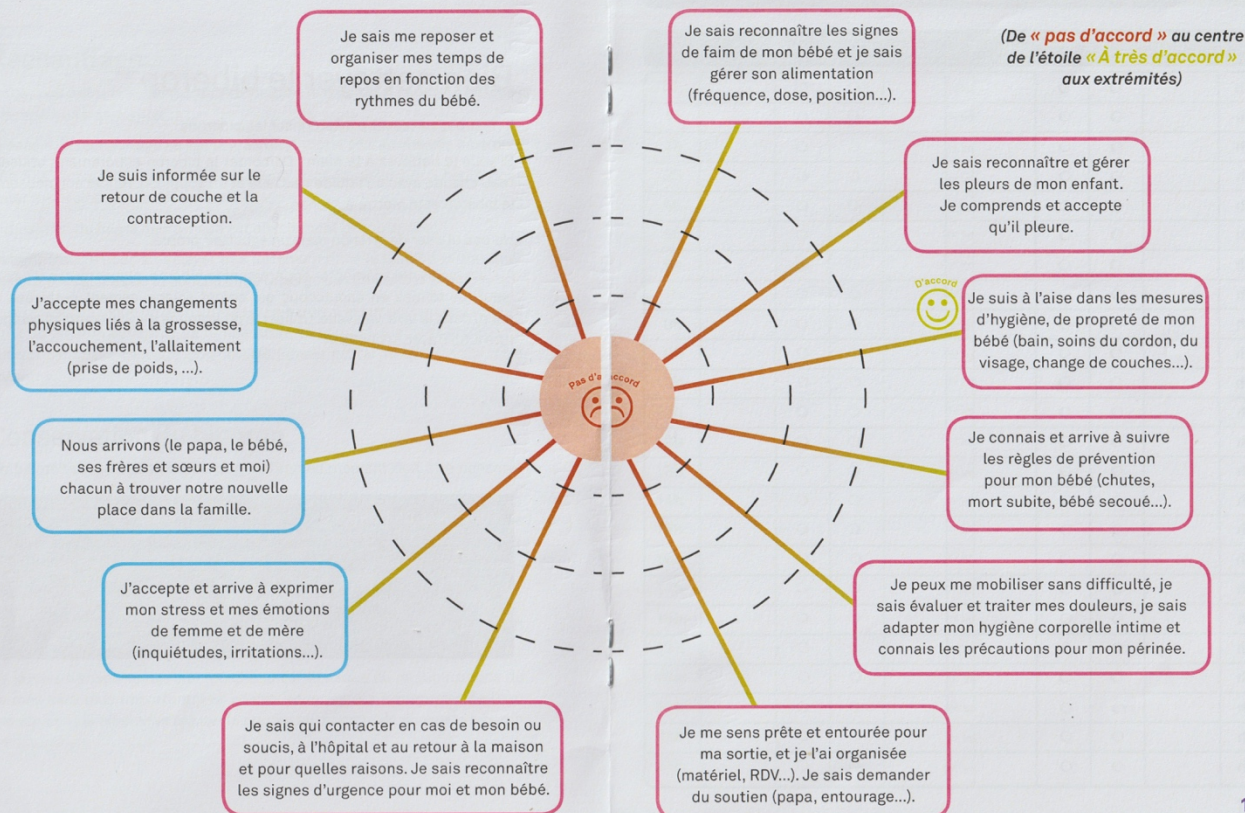
	Patiente		Conjoint		Les deux	
Dans les 2 semaines	3	9 %	1	3 %	1	3 %
3-4 semaines	3	9 %	7	20 %	20	57 %
	N = 6	18 %	N = 8	23 %	N = 20	60 %

Tableau I: Personne sollicitant le retour à la sexualité selon la date de retour à la sexualité - $p = 0,02$

	Oui		Non je n'en ai pas ressenti pas le besoin		Celles que j'ai eu étaient suffisantes	
	N = 46	%	N = 33	%	N = 19	%
18-25 ans	8	17 %	0	0 %	3	16 %
26-30 ans	16	35 %	13	40 %	5	26 %
31-35 ans	13	28 %	12	36 %	11	58 %
36-40 ans	5	11 %	7	21 %	0	0 %
41 ans et plus	4	9 %	1	3 %	0	0 %

Tableau J : Souhait des patientes de recevoir une information en fonction de l'âge – $p = 0,037$

ANNEXE IV : « Etoile des besoins » du livret d'alimentation du CHU de Nantes



RESUME

CONTEXTE - La grossesse est une période de transition où les femmes vont se retrouver confrontées à de nombreux changements tant sur le plan physique, psychique, biologique, hormonal que social avec leur nouveau statut de mère. Le domaine de la sexualité va aussi être touché par ces modifications.

METHODE - L'objectif de ce travail est de cibler les besoins des femmes en matière d'informations sur la sexualité à travers la réalisation d'une étude prospective. Découvrir l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la sexualité est aussi un des objectifs. Au total 98 femmes ayant accouché au CHU de Nantes ont participé à l'étude.

RESULTATS - Plusieurs constats ont pu être mis en évidence. Dans un premier temps, on observe un grand chamboulement de la sexualité pendant la période périnatale. Il n'existe pas une norme de la sexualité en période périnatale mais une grande diversité des sexualités. Dans un second temps, nous avons pu découvrir une faiblesse de l'information délivrée et une nécessité de réaliser des progrès sur ce point : seules 29,6% des femmes ont bénéficié d'informations. Enfin notre étude a mis en évidence un souhait des femmes d'être conseillées.

CONCLUSION - L'information sur la sexualité doit être systématique et renforcée pour que l'ensemble des femmes se sente à l'aise et puisse avoir une sexualité épanouie. C'est aux sages-femmes et aux médecins d'ouvrir le dialogue pour diminuer l'appréhension des femmes. Mais plus loin encore, l'éducation sexuelle est une partie intégrante de notre société. La prévention auprès des jeunes en matière de santé sexuelle est un enjeu majeur de santé publique.

MOTS CLES - Sexualité, Grossesse, Post-partum, Informations, Sage-femme, Prévention