

2020-2021

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale.

Attentes et besoins des femmes sur la sexualité pendant et après la grossesse.

Quelles informations ont-elles reçues ?

Etude qualitative.

DESLANDES Tiphaine

Née le 19 juin 1991 à Caen (14)

Sous la direction de Mme MOREAU Maryse et Codirection M. PY Thibaut

Membres du jury

Mme le Pr DE CASABIANCA Catherine | Présidente

Mme le Dr MOREAU Maryse | Directeur

M. le Dr PY Thibaut | Codirecteur

Mme PIERROT Béatrice | Membre

Soutenue publiquement le :
2 septembre 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée DESLANDES Tiphaine
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **08/05/2021**

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement ;

Pr Catherine De Casabianca

Pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, pour vos enseignements et votre bienveillance durant ces années d'internat.

Dr Maryse Moreau

Pour avoir accepté de diriger ma thèse et pour vos conseils précieux essentiels à l'amélioration de mon travail. Merci pour votre bienveillance et de votre dynamisme lors des GEAP, ce fut un plaisir d'y participer durant six mois.

Dr Thibaut Py

Pour avoir accepté de codiriger ma thèse et vos relectures attentives et précieuses. Merci pour le temps que vous m'avez accordé, votre disponibilité, vos explications méthodologiques. Merci également pour votre bienveillance et votre dynamisme lors des GEAP, ce fut un plaisir d'y participer pendant six mois.

À **Mme Pierrot Béatrice**, pour me faire l'honneur de juger mon travail.

À **mes parents** pour leur soutien tout au long de ces longues études, aux valeurs qu'ils m'ont inculquées et qui font qui je suis aujourd'hui.

À **ma sœur et mon frère**, merci d'avoir veillé sur moi tout au long de ma jeunesse, et de votre soutien durant mes études.

REMERCIEMENTS

À **toute ma famille**, ma grand-mère, mes oncles et tantes et mes cousins, cousines pour leur soutien durant mes études et pour les moments de joies partagés ensemble.

À **ma tante Jocelyne** pour son aide précieuse à la dernière minute.

À **mes fidèles amis** depuis toujours Danaé, Cécile et Marine, merci de m'avoir soutenue dans les moments difficiles, d'être toujours là après tant d'année, de partager des fous rires, des vacances, des soirées endiablées. Vous serez des témoins en or.

À **mes amies de la gym**, Clémentine, Claire, Paulette, Perrine, merci pour votre bonne humeur, les belles compétitions passées ensemble et pour votre sourire. Vous serez des demoiselles d'honneur superbes.

À **mes amis de l'externat** (Caroline, Marlène, Pauline, Sophie), **de l'internat** (Antoine, David, Pauline, Julienne, Valentin, Jade, Laure, Raphaëlle), et tous les amis que je n'ai pas cité mais qui comptent, avec qui je passe de si bons moments, j'espère que cela continuera même si nos chemins prennent des routes différentes.

À **Paul** mon bien-aimé, merci pour ton soutien de chaque jour, pour ton aide tout au long de mes études, tes nombreuses relectures et corrections, et tes conseils précieux pour la mise en page. Au futur que nous allons construire ensemble.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine

HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES :

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck		Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine

RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS :

PRCE

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
POIROUX Laurent	Soins Infirmiers	Médecine

ATER

BOUCHENAKI Hichem	Physiologie	Pharmacie
MESSAOUDI kHALED	Immunologie	Pharmacie
MOUHAJIR Abdelmounaim	Biotechnologie	Pharmacie

PLP

CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
--------------	------------------	----------

AHU

IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

Liste des abréviations

AVB	Accouchement Voie Basse.
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire.
HAS	Haute Autorité de Santé.
FSFI	Female Sexual Function Index.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
PLISSIT	Permission Limited Information Specific Suggestion Intensive Therapy.
PMA	Procréation Médicalement Assistée.

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Population
2. Méthode d'intervention
3. Mesures
4. Considérations éthiques
5. Évaluation

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon
2. Interrogations et désir d'information sur la sexualité
 - 2.1. Une information systématique
 - 2.2. Des interrogations variables selon les femmes
 - 2.3. Ressenti lorsque la sexualité est évoquée
 - 2.4. Rôle du conjoint
3. Contenu de l'information souhaité
 - 3.1. Risques et contre-indications à la poursuite de la sexualité
 - 3.2. Les modifications de la sexualité
 - 3.3. Une information personnalisée
 - 3.4. Délai avant reprise de la sexualité
 - 3.5. Conséquence de l'accouchement sur la sexualité du post-partum
4. Mode d'information
 - 4.1. Interlocuteur préférentiel : la sage-femme
 - 4.2. Interlocuteur possible : le médecin généraliste
 - 4.3. Un sujet à évoquer par tous les professionnels
 - 4.4. Initiation de la discussion par les professionnels
 - 4.5. Les moments privilégiés pour aborder la sexualité
 - 4.6. Modalités de l'information
5. Informations reçues
 - 5.1. Une information rarement délivrée
 - 5.2. Une information suffisante

DISCUSSION

1. Un désir d'information malgré le peu de questionnement
2. D'autres sources pour pallier le peu d'informations reçues
3. Forces de l'étude
 - 3.1. Un sujet peu souvent évoqué
 - 3.2. Une méthodologie qualitative adaptée
4. Limitations
5. Perspectives
 - 5.1. Renforcement du suivi du post-partum

- 5.2. Un accompagnement personnalisé dans le post-partum
- 5.3. Améliorer les recommandations pour les professionnels
- 5.4. Rôle du médecin généraliste dans l'abord de la sexualité
 - 5.4.1. Une consultation dans le post-partum dédiée à la femme
 - 5.4.2. Influence du genre du professionnel de santé
 - 5.4.3. L'intérêt d'une formation en sexologie
- 5.5. Rôle de la sage-femme dans l'abord de la sexualité
- 5.6. Impliquer les conjoints dans le suivi de grossesse

CONCLUSION :

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

- 1. Guide d'entretien**
- 2. Entretien numéro 1**
- 3. Entretien numéro 2**
- 4. Brochure l'amour en attendant**

RESUME

Attentes et besoins des femmes sur la sexualité pendant et après la grossesse. Qu'elles informations ont-elles reçues ?

Introduction : La grossesse et le post-partum sont deux moments de bouleversement à la fois physique, psychique et émotionnel. La question de l'information remise aux femmes sur la sexualité, durant cette période reste peu étudiée. L'objectif de notre étude est de déterminer quelles sont les attentes des femmes en termes d'information sur la sexualité pendant et après leur grossesse, et de recueillir les informations qu'elles auraient reçues.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative a été réalisée auprès de 12 patientes recrutées entre 6 et 24 mois après leur accouchement, sur différents territoires de France. Un entretien semi-directif avait lieu soit en visioconférence soit a posteriori d'une consultation. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et les verbatim constitués ont été analysés longitudinalement.

Résultats : Toutes les femmes de notre étude ont exprimé le souhait qu'une information leur soit délivrée sur la sexualité. Les deux informations qu'elles souhaitent avoir concernent les risques et contre-indications de la poursuite de la sexualité pendant la grossesse, et le délai avant la reprise de la sexualité dans le post-partum. Cinq des douze femmes interrogées n'avaient reçu aucune information sur la sexualité lors de leur grossesse ou dans le post-partum.

Conclusion : Cette étude montre qu'il y a un souhait d'information chez les femmes à propos de la sexualité pendant la grossesse et dans le post-partum, alors qu'elles n'en reçoivent que peu de la part du corps médical. Ce qui confirme la nécessité de renforcer l'information des femmes sur la sexualité durant cette période.

Mots clés : Sexualité – Grossesse - Post-partum - Information

ABSTRACT

What do women expect and need about sexuality during and after pregnancy? Which information have they been given?

Aim: Pregnancy and post-partum are both a physical, psychological and emotional upheaval. The issue of information to women about sexuality during this period remains rarely studied. Our study aims first to identify women's expectations of sexuality information during and after pregnancy and then to gather the information they would have found out.

Material and method: One qualitative study has been carried out on twelve patients recruited between six and twenty-four months after giving birth in different french territories. A semi-direct interview has been held either in video-conference or after a visit at the surgery. These interviews have been fully transcribed. Verbatims have been analysed longitudinally.

Results: All the women in our study have expressed the wish to be given information about sexuality. The two pieces of information they would like to get relate to the risks and contra-indications of carrying out sexuality during pregnancy and the delay before resuming sexual intercourse. Five out of twelve women interviewed had received no information at all about sexuality during pregnancy or in post- partum.

Conclusion: This study shows that women want to be advised about sexuality during pregnancy and in post- partum when they get so little information from the medical profession. This confirms the need to promote women's information related to sexuality during this period.

Key words: Sexuality – Pregnancy- Post-partum- Information

INTRODUCTION

La grossesse et le post-partum sont deux moments de bouleversement dans la vie d'une femme, où des changements physiques, psychiques et émotionnels ont lieu. L'accompagnement médical lors de la grossesse est bien encadré en France par sept consultations obligatoires et une consultation prénatale optionnelle. Or, le suivi du post-partum ne concerne qu'une consultation à six semaines de l'accouchement. Ce déséquilibre de prise en charge s'accompagne de nombreuses interrogations des femmes dans le post-partum, notamment sur la thématique de la reprise des rapports sexuels. (1)

La définition d'une santé sexuelle et le développement de la sexologie clinique ne sont apparus que tardivement dans le paysage médical vers les années 1975. Selon l'OMS, la définition de la santé sexuelle : « *fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. 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* ». (2) Comme la définition de l'OMS le décrit, la sexualité fait partie intégrante du bien-être de chacun. Ce sujet peu exploré, a pourtant une importance fondamentale puisque le développement d'une sexualité satisfaisante au sein du couple permet de renforcer la relation affective du couple. (3) (4)

Or pendant la période de la grossesse et du post-partum nous savons que les relations sexuelles sont mises à mal. De nombreuses études montrent que la fréquence des rapports sexuels a tendance à diminuer progressivement au cours des trois trimestres. (5) La qualité de la sexualité, souvent étudiée via le FSFI (Female Sexual Function Index) est aussi diminuée au cours de la grossesse. (6) (7) Cette diminution de la fréquence et de la qualité des rapports au cours de la grossesse est probablement en lien avec une baisse de la libido, avec les signes sympathiques de la grossesse (nausée, fatigue, insomnie, tension mammaire) et une diminution de la satisfaction lors des rapports. (8) Il n'est pas non plus rare que des croyances erronées comme la peur de heurter le

fœtus ou de provoquer une fausse couche, lors d'un rapport sexuel, freinent certains couples lors de la grossesse. (9)

Nous savons également que la reprise d'une activité sexuelle a généralement lieu entre deux semaines et jusqu'à deux ans après l'accouchement, avec une moyenne de reprise autour de huit semaines après l'accouchement. (10) (11) (12) Cet écart important entre les couples s'explique par les différents facteurs psycho-médicaux et sociaux, déterminants la reprise des rapports. Parmi les facteurs retardant la reprise de la sexualité, nous pouvons citer : la fatigue, la dépression du post-partum, l'intérêt tourné vers le nourrisson, l'allaitement, les traumatismes périnéaux sévères, les dyspareunies, la peur de tomber enceinte de nouveau, la honte des femmes de leur nouvelle image corporelle ou encore l'attente de l'approbation du corps médical. (13)

Dans les facteurs retardant la reprise des rapports, la recherche de ceux favorisant les dyspareunies du post-partum, prend une place prépondérante dans les études, puisque c'est une plainte récurrente des patientes lors de la reprise des rapports après accouchement. (14) Dans certains cas, des douleurs ou des inconforts persistent même jusque 18 mois après l'accouchement et ont donc un impact psychologique négatif dans le couple, retardant la reprise d'une sexualité satisfaisante. (15) Le fait d'avoir des dyspareunies existantes avant grossesse semble être le facteur le plus souvent retrouvé comme cause des dyspareunies du post-partum. (16) Certains auteurs ont alors recherché un lien entre le mode d'accouchement et la reprise des rapports sexuels, mais les résultats nombreux sont parfois contradictoires. (17) (18) Les dernières méta-analyses les plus récentes ne semblent pas mettre en évidence de lien entre le mode d'accouchement et les difficultés de reprise des rapports sexuels. (19) (20)

D'autre part, il existe une réelle peur des femmes d'avoir une dysfonction sexuelle suite à un accouchement difficile avec une déchirure vaginale ou une épisiotomie. Cette peur oriente donc leur vision sur le mode d'accouchement. Il n'est pas rare de trouver dans les croyances de certaines, un désir de césarienne dans le but de préserver leur fonction sexuelle et d'éviter des dommages physiques notamment au niveau vaginal. (21) Or, c'est aux professionnels de santé de lutter contre

ces croyances en informant au mieux les patientes des bénéfices et risques des différentes voies d'accouchement lorsqu'un choix s'offre à elles.

La question de l'information remise aux femmes sur le sujet de la reprise des rapports sexuels dans le post-partum est primordiale et reste encore peu étudiée. La communication n'est pas optimum puisque selon certaines études, seulement un tiers des femmes rapportent qu'un professionnel de santé a abordé le sujet de la sexualité au cours de la grossesse. (7) (22) La majeure partie de celles qui n'ont pas reçu d'informations, pensent qu'il faudrait en discuter. (23) Sujet parfois jugé tabou par les patientes, elles n'en demeurent pas moins demandeuses d'informations, et lorsque l'information n'est pas donnée par les professionnels c'est auprès de l'entourage, d'internet et des forums qu'elles cherchent leurs réponses. (9) Dans l'étude *Airibi et al*, deux tiers des femmes affirment l'utilité d'une information sur le sujet. Et 78,8% d'entre elles, ont jugé que l'information délivrée par les professionnels de santé était insatisfaisante. (11) Ce manque d'information en amont peut être source d'angoisse et de stress pour le couple, entretenant parfois des situations conflictuelles.

Du point de vue des professionnels de santé certains jugent que leur formation initiale est insuffisante pour pouvoir aborder sereinement cette question avec les patientes. (24) Les médecins généralistes ont également peur de se sentir intrusif dans la vie privée de leur patiente, au risque de mettre en péril la relation médecin-malade. (25) La plupart des patientes vivent de manière favorable le fait d'aborder la question de la sexualité en consultation, et quelques-unes pensent que cela peut renforcer le colloque singulier. (26)

Nous formulons l'hypothèse qu'informer de façon systématique les femmes au cours de la grossesse et dans le post-partum immédiat sur la sexualité, permettrait d'améliorer le bien-être féminin, ainsi que la relation intime du couple dans le but d'améliorer la santé sexuelle.

Le but de notre étude est donc de déterminer quels sont les besoins et les attentes des femmes en matière d'information concernant la sexualité, au cours de la grossesse et dans le post-partum immédiat. Puis, de déterminer dans quelle mesure les informations reçues sont en accord avec les demandes des femmes.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Afin de répondre à notre question nous avons fait le choix de recourir à une méthode qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs, auprès de patientes recrutées dans différentes régions de France.

1. Population

Certaines patientes ont été recrutées dans des cabinets de médecine générale lors de remplacement, dans les Pays-de-la-Loire et en Normandie. Les autres patientes ont été recrutées par effet boule de neige et sont issues de différentes régions de France. Le recrutement avait lieu après une consultation de médecine générale de motif quelconque si la patiente correspondait aux critères d'inclusion, après remise de la lettre d'explication sur l'étude ou bien par le biais des premières patientes recrutées.

Critères d'inclusions : toutes les femmes entre 6 mois et 24 mois après leur accouchement et qui étaient âgées d'au moins 18 ans. Critères d'exclusions : les femmes ayant accouchés il y a plus de 24 mois étaient exclues, afin d'éviter un biais de mémoire. Les femmes enceintes et ayant accouchées depuis moins de 6 mois ont été exclues afin d'éviter d'influencer leur comportement à venir. Les femmes qui ne parlaient pas français ont été aussi exclues de l'étude pour des raisons de facilité de communication.

2. Méthode d'intervention

L'entretien semi-directif avait lieu soit en visioconférence via des outils numériques de communication soit a posteriori, de la consultation permettant de recruter la patiente. Pour cela un lieu et une date étaient fixés afin de réaliser l'entretien dans un environnement neutre. Les entretiens ont été menés par une seule personne à savoir la rédactrice de la thèse, en ayant informé la patiente sur le thème de l'étude et sur la possibilité d'arrêter l'entretien à tout moment. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, avec deux entretiens n'apportant pas de nouveaux verbatim.

Dans un premier temps, nous résumions le thème de notre étude, puis une question ouverte démarrait l'entretien : « Vous êtes-vous interrogée quant à la reprise de votre sexualité après l'accouchement ? ». Les questions étaient regroupées en quatre grands thèmes à savoir : les besoins, les attentes, le choix du mode d'information puis enfin les informations reçues.

3. Mesures

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone avec l'application Dictaphone. Les éléments relatifs au contexte de l'entretien (type d'entretien) ainsi qu'aux caractéristiques de la patiente (âge, profession, parité, voie d'accouchement, type de suivi pendant la grossesse) ont été consignés dans un tableur Excel. Les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement et littéralement dans un logiciel de traitement de texte afin de constituer les verbatim.

4. Considérations éthiques

Concernant l'aspect éthique de notre étude, nous avons pris soin de respecter l'autonomie des personnes interrogées. En effet, nous avons choisi d'effectuer nos entretiens après une période suffisamment longue, afin de n'influencer d'aucune façon les femmes. De plus, les interrogations de notre guide d'entretien (annexe 1) ont été mûrement réfléchies afin de respecter l'intégrité des femmes interrogées. L'intérêt principal de notre sujet est bien d'améliorer la qualité de vie sexuelle des femmes au cours de leur grossesse et après. Devant le caractère non interventionnel de notre étude car a posteriori de la période concernée, et une problématique essentiellement médico-sociologique, l'avis d'un comité d'éthique n'a pas été sollicité. Toutefois, si une femme exprimait des doutes ou une souffrance par rapport à ces questions de sexualité dans le post-partum, il était prévu de la rediriger vers le/la professionnel (-le) qui assurait son suivi gynécologique.

L'anonymat était garanti aux patientes par le fait qu'aucune information personnelle nominative n'était enregistrée. Les enregistrements étaient nommés « enregistrement 1 », « enregistrement 2 », etc (annexe 2 et 3).

5. Évaluation

Le verbatim a été analysé longitudinalement entretien par entretien par l'enquêteur, permettant de réaliser un encodage ouvert. Puis une analyse transversale thématique a été réalisée afin de séquencer et de coder les données dans un tableur. Cette étape a été conjointement réalisée pour deux entretiens, au départ avec les co-directeurs de thèse, afin d'assurer la triangulation des données et d'améliorer la pertinence du codage.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Treize patientes ont été sélectionnées et ont accepté l'entretien. Une patiente ne s'est pas présentée à son entretien, et celui-ci n'a pas pu avoir lieu avant la fin du recrutement. L'entretien le plus court a duré 9 minutes et 50 secondes, l'entretien le plus long a duré 34 minutes et 30 secondes, pour une durée moyenne d'entretien de 21 minutes et 48 secondes. Les patients avaient entre 29 ans et 38 ans. La moitié de l'échantillon appartenait à la catégorie socioprofessionnelle des cadres et professions intellectuelles supérieures, un tiers aux professions intermédiaires. Les catégories artisans, commerçants et employés étaient toutes deux représentées par une patiente chacune. Le tableau des caractéristiques ci-dessous résume, leur parité, la date par rapport à leur accouchement, leur voie d'accouchement, et le type de suivi pendant la grossesse.

Tableau I- Caractéristiques de l'échantillon

Age (ans)	Parité	Date par rapport à l'accouchement	Voie d'accouchement	Professionnel ayant suivi la grossesse
31	P1	6 mois	Césarienne	Gynécologue/sage femme
35	P3	15 mois	AVB	Médecin généraliste
31	P1	23 mois	AVB	Sage femme
29	P1	18 mois	AVB	Gynécologue
31	P1	12 mois	AVB	Gynécologue/sage femme
32	P2	19 mois	AVB	Gynécologue/sage femme
32	P1	24 mois	Césarienne	Gynécologue/sage femme
29	P1	9 mois	AVB	Gynécologue
32	P1	17 mois	AVB	Gynécologue/sage femme
30	P2	8 mois	AVB	Gynécologue/sage femme
29	P1	12 mois	AVB + PMA	Gynécologue/sage femme
38	P2	6 mois	AVB	Gynécologue/sage femme

2. Interrogations et désir d'information sur la sexualité

2.1. Une information systématique

Toutes les femmes de notre étude ont exprimé le souhait qu'une information leur soit délivrée sur la sexualité, que ce soit pendant ou après la grossesse. Les femmes jugent que ce thème est important : « [...] Je pense qu'il y a un moment donné il faut parler des sujets [...], et on ne peut plus passer outre ces sujets-là. » Elles ont d'ailleurs toutes émises une réponse positive sur le fait de systématiser une information sur la sexualité : « Je pense que ça devrait être complètement systématisé. [...] Ce qui est sûr, c'est qu'il ne faut pas laisser les femmes repartir sans cette info ». L'intérêt pour les femmes de recevoir des informations concernant la sexualité serait essentiellement d'être rassurée sur le caractère « normal » ou pathologique de ce qu'elles vivent ou ressentent : « Et là on se dit, mais il y a quelque chose ? Mais c'est vrai que j'aurais voulu qu'à la maternité on puisse me dire [...]. Et ne pas avoir cette brindille de panique tout de suite en arrivant à la maison. »

2.2. Des interrogations variables selon les femmes

Seulement deux tiers des femmes interrogées déclarent avoir eu des questionnements sur le sujet. L'absence de questionnement de certaines, s'observe lorsque la sexualité se passe sans encombre et dans la continuité de la relation du couple : « [...] J'ai eu un schéma qui se déroulait bien, je ne me suis pas sentie en besoin d'avoir d'autres informations. » Pour les femmes qui se sont interrogées, le moment du questionnement est variable pour chacune, et dépend le plus souvent du moment où elles ont perçu des difficultés dans leur sexualité ou des changements physiques ayant un retentissement sur celle-ci : « Non je ne me suis pas interrogée, [...] je ne pensais pas que ça allait être compliqué. [...] je ne pensais pas que ça allait m'arriver forcément à moi. »

2.3. Ressenti lorsque la sexualité est évoquée

Les trois quart des femmes de notre étude, se disent à l'aise pour discuter de ce thème, et ne le trouvent pas tabou : « [...] J'étais assez à l'aise, ça allait, je n'étais pas gênée. Mais ce n'était pas un sujet que j'aborde tous les quatre matins. » Ainsi certains couples en discutent sans complexe : « [...] ce n'est pas quelque chose de tabou dans notre couple. Donc dès que l'un l'autre avait des

questions on en a parlé assez facilement. » D'autres nuancent leur propos, et évoquent des difficultés à discuter de ce thème, même avec des personnes proches : « [...] ça peut être, vite fait des sujets un peu tabou, même entre copines, il y en a qui sont super à l'aise pour en parler, d'autres beaucoup moins [...] ». Le fait que la sexualité touche au domaine de l'intime est l'une des raisons invoquée expliquant ces réticences : « [...] Parce que ça touche l'intime. La relation avec ton mari est quand même assez intime ».

2.4. Rôle du conjoint

Seulement un tiers des femmes interrogées rapportent que leur conjoint s'est questionné sur ce thème pendant ou après leur grossesse. En effet, certains couples n'éprouvent pas le besoin d'échanger avec leur partenaire sur ce thème : « *Il y a des couples qui sont je pense assez pudique et qui ont encore cette petite réserve entre eux.* » Cette proportion est peut-être sous-évaluée, puisque certaines femmes présument que leur conjoint n'ont pas eu de question, sans toutefois en avoir discuté avec eux : « *Non il n'avait pas vraiment de question, [...] on n'en a pas vraiment parlé en fait.* »

L'échantillon est également partagé quant à la nécessité que leur conjoint soit présent lorsqu'une information leur est délivrée à propos de la sexualité. Certaines jugent que cela est important puisque l'homme ne ressent pas les modifications corporelles de la grossesse, afin qu'il puisse comprendre : « [...] *Peut-être plus pour le papa, pour qu'il comprenne un peu plus, en fait qu'une femme qui a accouché, [...], elle va devenir différente, et qu'elle n'aura pas forcément des envies [...]* ». D'autres pensent qu'inclure les conjoints pourrait permettre de les rassurer également : « *Et je pense pour mon conjoint aussi, ça l'aurait rassuré, parce qu'il avait pas mal d'idées un peu préconçues sur ce sujet et une certaine peur.* » Cependant, certaines femmes estiment qu'il est nécessaire de préserver une partie de leur intimité et qu'elles décideront ce qu'elles partageront avec leur conjoint, elles-mêmes : « [...] *Je pense que la sexualité, [...], va amener aussi sur d'autres sujets peut-être plus intimes du quotidien, avec des petits désagréments féminins, et là je pense qu'il ne faut pas que l'homme soit là.* »

3. Contenu de l'information souhaité

3.1. Risques et contre-indications à la poursuite de la sexualité

Les informations que les femmes souhaitent recevoir des professionnels sont le miroir de leurs questionnements, ainsi que de leurs craintes. Leurs interrogations balayent plusieurs aspects de la sexualité : la libido, la désirabilité, le plaisir. Souvent les femmes évoquent dans les entretiens le ou les aspects qui leur ont posé problème au cours de leur grossesse ou dans le post-partum. Connaître les risques d'une poursuite de leur sexualité pendant la grossesse ainsi que d'éventuelles contre-indications paraissent, pour la plupart des femmes, primordiales pour poursuivre sereinement leur sexualité pendant la grossesse : « [...] *Savoir, si pendant la grossesse, il y avait des risques et jusqu'à quelle période ; et jusqu'à la fin s'il n'y avait pas de contre-indication.* » C'est pourquoi la moitié d'entre elles souhaite un discours rassurant émanant des professionnels, afin de s'assurer que la sexualité peut être poursuivie sans danger pour le fœtus : « [...] *Moi je vois surtout ça dans le point pour rassurer, et informer [...]* ».

3.2. Les modifications de la sexualité

Elles évoquent également le risque de changement par rapport au vécu d'avant la grossesse, ainsi le souhait d'un retour à une sexualité « comme avant », est également fort : « *Est-ce que ça va être comme avant ?* ». Les inquiétudes autour du changement sont grandes et pouvoir anticiper l'évolution de ce corps modifié, semble important pour un tiers d'entre elles, afin de s'y préparer : « *Moi je trouve que plus on sait de chose, plus on est préparé. [...] de savoir que ça existe, de savoir que ça peut arriver, de savoir qu'il y a des choses qui peuvent se passer comme ça* ». Ainsi recevoir des informations en amont leur permettrait de prendre du recul par rapport à leur vécu : « [...] *le fait de l'avoir abordé avant, je pense que du coup, tu te focalises pas dessus* ». A contrario, deux d'entre elles, relèvent que cela pourrait être angoissant de connaître à l'avance les différentes possibilités d'évolutions négatives, surtout si celles-ci ne les concernent finalement pas : « [...] *On peut en énumérer quelques-uns, sans trop faire un catalogue pour nous faire peur.* »

3.3. Une information personnalisée

Nous notons qu'à travers nos entretiens, nous avons recueilli une variabilité dans le contenu de l'information souhaitée, mettant en lumière l'intérêt, certes d'une information systématisée, mais surtout personnalisée. En effet, les femmes souhaitent que l'information délivrée soit adaptée à leurs attentes et à leur histoire : « *Ce que j'aurai aimé avoir comme info ? [...] Je pense que c'est beaucoup de cas par cas, en fonction de comment s'est passé l'accouchement.* »

Le tableau ci-contre, fait le parallèle entre les questions des femmes interrogées et les informations qu'elles auraient aimé recevoir.

Tableau II - Parallèle entre les interrogations des femmes et les informations qu'elles souhaitent recevoir, pendant la grossesse.

Interrogations / questions	Informations souhaitées
Quels sont les risques pour le fœtus ? « Savoir, [...] s'il y avait des risques et jusqu'à quelle période [...] ».	Connaître les contre-indications à la poursuite de la sexualité. « [...] Jusqu'à la fin s'il n'y avait pas de contre-indication ».
Comment va évoluer ma libido ? « [...] En terme de libido aussi, je ne savais pas comment allait fluctuer ma libido au fur à mesure de ma grossesse. »	Savoir qu'il peut y avoir des variations de libido pendant la grossesse. « [...] Les informer que pendant la grossesse ou après, c'est normal qu'on soit différente sur la libido. Il y en a, qui ont encore plus envie, il y en a moins. »
Vais-je toujours être désirable pour mon conjoint ? « [...] C'est le changement de physique, [...], est ce que j'étais toujours désirable même avec mon gros ventre [...] ».	Être informée des changements physiques liés à la grossesse (en présence du conjoint pour certaines). « [...] C'était plutôt l'aspect physique qui m'a interrogé pas mal. » « Parce que cette sensation de sentir son corps, lui il l'a pas, donc si on leur dit pas, ils ne peuvent pas forcément savoir. »
Les sensations lors des rapports vont-elles être différentes ? Y'a-t-il des changements de lubrification ? « Je me posais un peu les questions en terme de sensation, est-ce que ce sera pareil ? » « [...] Si j'allais toujours avoir des sécheresses ? »	Être rassurée sur la modification du ressenti. Conseils en cas de sécheresse. « [...] Pendant la grossesse, les sensations avec le conjoint, sont complètement différentes ». « [...] Il préconisait souvent l'utilisation de lubrifiant ou autre [...] ».
Y'a-t-il des positions à éviter à certains moment de la grossesse ? « [...] Est-ce qu'il y a des positions à éviter ? »	Conseil sur les positions à éviter ou préférer selon les moments de la grossesse. « [...] Savoir s'il y avait des positions plus facile à la fin, avec le ventre qui est assez imposant. »

3.4. Délai avant reprise de la sexualité

Après l'accouchement, la question concernant le délai avant la reprise de la sexualité, s'est posée pour toutes les femmes de notre étude. Elles évoquent, la plupart du temps, qu'il n'y a pas de

délai précis à respecter et que cela dépend du désir de chacune : « *Se dire qu'il n'y a pas de date précise de reprise, c'est en fonction des envies, et de comment on sent son corps* ». Souvent elles attendent du professionnel qu'il confirme leur sentiment et les rassure : « *Sur les délais de reprise de sexualité, je sais qu'il y a une grande variabilité d'une femme à l'autre, pareil déculpabiliser les femmes par rapport à ça.* » Ce besoin d'assentiment du professionnel de santé leur permet de déculpabiliser si la reprise n'a pas lieu aussi rapidement qu'elle l'aurait pensé : « *Et de ne pas avoir une reprise tout de suite ce n'est pas grave aussi. Faut pas se mettre la pression, [...], et je pense que c'est important de l'entendre.* »

3.5. Conséquence de l'accouchement sur la sexualité du post-partum

Les représentations négatives sur les conséquences physiques de l'accouchement sont également au cœur des préoccupations des femmes avant la reprise : « *[...] quand tout a été écartelé, et écrasé.* » Nombreuses sont celles à avoir le sentiment que l'accouchement par voie basse a détérioré leur fonction périnéale : « *[...] si ça se trouve, j'aurai plus de sensation le fait d'accoucher par voie basse [...]* ». Et beaucoup font le lien entre accouchement et risque de dyspareunies : « *Si j'ai des fissures, [...] est-ce que ça va pas me faire mal ?* » Ainsi pour les femmes ayant accouché par césarienne, l'idée est forte qu'elles ont préservé leur fonction périnéale, grâce à ce mode d'accouchement : « *[...] En tout cas ce qu'il y a de sûr, j'ai directement dit le lendemain : "c'est super c'est pas un champ de bataille ! On va pouvoir reprendre rapidement !"* » Bien que pourtant, elles ont également des douleurs d'un autre type lors de la reprise de la sexualité : « *[...] je m'étais posé une question au moment de reprendre, parce que j'avais mal à ma cicatrice de césarienne.* »

Tableau III - Parallèle entre les interrogations des femmes et les informations qu'elles souhaitent recevoir, après l'accouchement

Interrogations/ questions	Informations souhaitées
<p>Quand puis-je reprendre ma sexualité ? « [...] Quand est ce qu'on peut reprendre les relations sexuelles ? »</p>	<p>Être rassurée sur la spécificité de chaque femme dans la reprise de la sexualité, selon le désir de chacune. « [...] Tu peux reprendre les relations sexuelles quand tu en as envie et quand tu le sens. »</p>
<p>Y a-t'il un risque de douleur (persistante) ? « [...] Quels sont les risques de douleur possibles ? [...] Est-ce que ça ne va pas me faire mal, même dans 3 mois [...] ? »</p>	<p>Être informée sur le risque de dyspareunie, comment l'éviter ou le prévenir. « [...] Après me dire après l'accouchement ça peut être douloureux, pendant quelques temps. » « [...] Sur le tableau douloureux par exemple, comment éviter d'avoir mal. »</p>
<p>Ai-je mal à cause de ma cicatrice ? « [...] Est-ce que si j'avais des douleurs, ça pouvait être lié à ça ? »</p>	<p>Connaître le délai de cicatrisation, les moyens pour limiter la douleur à cet endroit. « [...] A partir de quand je pouvais reprendre ma sexualité au vu des points que j'avais eu. »</p>
<p>Vais-je récupérer de mon accouchement ? « [...] Est ce que je vais m'en remettre ? » Quelles sont les conséquences physiques liées à l'accouchement ? « [...] Un peu un déroulé de ce qu'il peut se passer physiquement et émotionnellement. »</p>	<p>Faire le point sur ce qu'il s'est passé pendant l'accouchement. « [...] J'aurai vraiment eu besoin d'avoir une femme me disant : " vous avez eu ça, nous sommes intervenus sur ça, et il peut se passer ça." »</p>
<p>Quand ma libido va-t-elle revenir ? « [...] Si la libido allait revenir rapidement aussi ? »</p>	<p>Être rassurée sur le retour de la libido dans le post-partum. « [...] J'ai eu un petit peu cette peur, de perte de libido. »</p>

4. Mode d'information

4.1. Interlocuteur préférentiel : la sage-femme

La sage femme est l'interlocuteur repéré par les trois quarts des femmes, comme étant l'interlocuteur privilégié et le gynécologue pour un quart d'entre elles. Certaines femmes opposent, d'ailleurs le suivi réalisé par le gynécologue à celui réalisé par la sage femme. Celui-ci étant

effectivement perçu comme un technicien de la grossesse, mesurant le bébé, avec une attention essentiellement tournée sur le fœtus. Alors que celle-ci est perçue comme plus disponible, attentive, elle, à la femme enceinte ses ressentis et questionnements, prenant également plus de temps en consultation : « [...] Pour tous ces sujets là, j'ai trouvé que c'était plus facile de les aborder avec la sage femme qu'avec l'obstétricienne. [...] Dès le début j'ai senti que le médecin il était là pour mesurer le bébé, voir que tout allait bien [...] on voyait bien qu'elle considérait que c'était très bien que je vois ça avec la sage femme. »

4.2. Interlocuteur possible : le médecin généraliste

Le médecin généraliste est évoqué par un tiers des femmes comme interlocuteur possible, cependant ils ne sont que très peu choisis pour suivre les grossesses : « Mais je pense que j'aurai pu être à l'aise avec mon médecin généraliste si j'avais eu l'occasion de la rencontrer, pendant la grossesse. » Les femmes font souvent appel à eux ponctuellement, pour pallier un manque de suivi, en cas de questions persistantes, ou bien de difficultés. Mais elles reconnaissent tout de même que la relation de confiance qu'elles ont avec leur médecin généraliste, pourrait être un atout pour leur suivi de grossesse : « [...] Je trouve que la relation qu'on a avec un médecin généraliste, peut aussi dater de plusieurs mois, il te suit quotidiennement même avant la grossesse, t'as plus un lien de confiance ».

4.3. Un sujet à évoquer par tous les professionnels

Une femme de notre étude exprime que tous les professionnels de santé faisant du suivi de grossesse doivent s'emparer de cette question, peu importe leurs qualifications. Selon elle, cela pourrait permettre d'éviter que cette thématique ne soit pas du tout abordée : « [...] Tout le monde a le droit de l'aborder. À partir du moment où on se dit que c'est un peu le questionnement ou l'objet de tous on a plus de chance d'éviter de passer à l'as et d'oublier de poser la question. »

4.4. Initiation de la discussion par les professionnels

Toutes les femmes sont unanimes sur le fait que c'est au professionnel d'évoquer la thématique de la sexualité en premier avec elles. Cela mettrait notamment les femmes à l'aise pour

qu'elles puissent poser leur question : « [...] Le professionnel de santé qui l'aborde en premier je pense que, peut-être, ça peut briser certaines barrières et être un peu plus à l'aise pour en parler et avoir des questions. » Et cela permettrait que ce thème soit tout simplement abordé, alors que ce n'est pas le premier objet de leur questionnement : « [...] ce n'est pas ce qui te pose question d'emblée pendant la grossesse. »

4.5. Les moments privilégiés pour aborder la sexualité

Chacune d'entre elles fait des propositions différentes sur le meilleur moment pour aborder cette thématique, cependant deux moments ressortent de notre étude : lors des cours de préparation à l'accouchement ainsi qu'en fin de grossesse. Trois moments sont également cités comme étant inopportuns aux yeux de certaines. En premier lieu, à la maternité où les préoccupations sont tournées vers le nouveau-né, et où la fatigue est à son paroxysme : « Je ne pense pas après l'accouchement, parce qu'on ne pense pas du tout à ça. [...] On n'a pas trop envie de repenser à ça ». Également au 1^{er} trimestre de la grossesse, une femme juge cela trop tôt pour évoquer la sexualité. Et enfin la consultation du post-partum est perçue pour certaines, comme trop tardive, avec une reprise de la sexualité souvent déjà entamée : « [...] Même si c'est tard, parce que j'avais déjà repris ma sexualité au moment où j'avais eu ma première consulte. »

Le tableau ci-dessous résume les propositions faites par les femmes de notre étude sur le meilleur moment pour évoquer la sexualité.

Tableau IV - Meilleur moment pour évoquer la sexualité (nombre de femmes en accord avec la proposition)

Avant la grossesse	(1)
Pendant la grossesse (sans précision)	(4)
A plusieurs reprises pendant la grossesse	(2)
Au premier rendez vous de suivi de grossesse	(3)
Au deuxième trimestre de grossesse	(1)
Pendant les échographies (moment où le conjoint est présent)	(1)
En fin de grossesse	(5)
Pendant les cours de préparations à l'accouchement	(5)
A la maternité	(3)
Après la grossesse	(1)
A la consultation post-natale	(3)
A la visite du Prado au domicile	(1)
Au moment des difficultés	(1)

4.6. Modalités de l'information

Pour ce qui est de la façon d'initier la discussion, les propositions des femmes sont très variées, mais l'idée que le professionnel aborde le sujet de façon simple, non formelle, en entretien individuel semble être privilégié par les femmes. Voici quelques exemples de phrases introductives proposées par certaines : « *Comment se passe la sexualité ? Souhaitez-vous en parler ?* », « *Vous a-t'on parlé de la sexualité après l'accouchement ?* », « *Est-ce que le retour à la sexualité est satisfaisant ?* », « *Comment vous abordez la sexualité pendant votre grossesse ?* ». Le tableau ci-

dessous résume les différentes propositions des femmes pour que ce thème soit abordé afin de les mettre en confiance, sans heurter la sensibilité de chacune.

Tableau V - Suggestions des femmes sur les modalités d'abord de la sexualité.

<p>Explication du professionnel dans un premier temps, sans questionnement. <i>« [...] De l'info descendante et pas des questions posées au début. »</i></p>
<p>Inclure une question sur la sexualité dans le suivi de grossesse. <i>« [...] Je pense que ça devrait être une question quasi systématique à toute consultation de suivi de grossesse. »</i></p>
<p>Inclure une question sur les dyspareunies et la libido pendant le suivi de grossesse. <i>« [...] Moi j'aurais aimé qu'on me dise, qu'on me demande pendant ma grossesse si j'avais des douleurs ou pas. » « [...] Simplement une question savoir, si la libido ça se passe bien, pendant la grossesse. »</i></p>
<p>Poser des questions courtes, ouvertes et simples. <i>« [...] Peut-être une question classique, très simple, pour voir comment interagit l'autre personne. »</i></p>
<p>Explication à l'aide d'outils : vidéos, schéma, brochure sur le sujet. <i>« [...] Je ne sais pas après, conseiller des articles à lire [...] peut-être avoir une petite brochure. » « [...] Elle m'a expliqué par schéma, par vidéo, par différentes façons. »</i></p>
<p>Laisser l'initiative des patientes en première partie de grossesse, puis l'évoquer en seconde partie de façon systématique. <i>« [...] Peut être que sur les trois premiers mois faut laisser le patient, venir si il a la question ou pas. [...] Peut-être qu'au-delà de six mois c'est bien d'évoquer la question avec lui. »</i></p>
<p>Proposer d'évoquer la thématique de la sexualité à une prochaine consultation pour permettre un temps de réalisation. <i>« [...] Ça permet aussi de différer, parce que dès fois on n'a pas le temps, il y a trop de choses à gérer, comme ça vous avez le temps de réfléchir [...]. Parce qu'il y a peut-être des gens qui vont être un peu surpris par la question sur la sexualité initialement, donc finalement ça leur permettra de digérer la question. »</i></p>
<p>Discussion en groupe dans un premier temps pour recevoir les informations générales puis un deuxième temps individuel avec des informations personnalisées. <i>« [...] Peut-être en parler une première fois en groupe, pour se sentir moins seul [...] Savoir qu'il y aura d'autres consultations pour pouvoir le ré-aborder de façon individuelle. »</i></p>

5. Informations reçues

5.1. Une information rarement délivrée

Cinq des douze femmes interrogées déclarent n'avoir reçu aucune information sur la sexualité lors de leur grossesse ou dans le post-partum : « [...] *On n'a pas d'information sur le sujet, zéro ! [...] On n'en parle pas !* ». Seulement une femme déclare avoir reçu des informations spontanément par un professionnel de santé, sans l'avoir sollicité : « *Après j'ai l'impression, que les informations sont arrivées avant que je me pose la question finalement* ». Pour le reste d'entre elles, elles ont initié la discussion auprès des professionnels en leur posant au moins une question pendant leur suivi, afin de satisfaire un besoin d'information. Cependant trois femmes révèlent que les informations données par les professionnels de santé ne sont pas toujours concordantes entre elles, notamment concernant le délai avant la reprise de la sexualité : « *Moi on m'a dit un mois, et j'ai des copines on leurs a dit dix jours ! Donc clairement en fait, on ne sait pas trop !* »

5.2. Une information suffisante

Pourtant, plus de la moitié des femmes ont le sentiment d'avoir reçu suffisamment d'informations, et ne perçoivent pas cette absence d'information comme un manque. Ce qui est confirmé également par le fait que seulement deux femmes reconnaissent avoir encore des questions qui sont restées sans réponse. Toutefois d'autres sources d'informations ont été utilisées par les femmes et ont pu permettre de pallier l'absence d'information émanant des professionnels : « [...] *Des fois je me dis si on fouille un peu sur internet, c'est peut-être qu'on manque un peu d'information par les professionnel de santé* ».

Le tableau ci-dessous résume les différentes sources d'informations citées par les femmes lors de nos entretiens.

Tableau VI - Autres sources d'informations utilisées par les femmes.

Retour d'expérience d'amie, ou de membre de la famille.
Moteur de recherche sur internet.
Facebook : groupe de discussion de femme enceinte ou jeune maman.
Forum internet.
Podcast radio (exemple : Bliss).
Emission « les Maternelles ».
Magazine de la santé.
Livre sur la parentalité ou sur la grossesse.

DISCUSSION

1. Un désir d'information malgré le peu de questionnement

Nos résultats confirment notre hypothèse selon laquelle les femmes souhaitent recevoir une information sur la sexualité que ce soit pendant la grossesse ou dans le post-partum. Non seulement toutes les femmes de notre étude ont affirmé vouloir recevoir des informations sur la sexualité, mais en plus elles jugent que cette information devrait être systématisée à toutes les femmes. Ceci témoigne de l'importance de cette thématique à leurs yeux, pour améliorer leur bien-être. Plusieurs autres études sont en accord avec nos résultats concernant ce souhait d'information. (6) (27) Certaines vont même plus loin, en mettant en évidence un meilleur taux de reprise de la sexualité chez les femmes les plus informées en amont. (28) En effet, l'une d'entre elle démontre l'intérêt de conseils sur la sexualité dans le post-partum pour l'amélioration de la reprise de la sexualité. Cette étude observationnelle s'est attachée à comparer la satisfaction de la sexualité des femmes avant et après avoir utilisé une méthode de conseil sur la sexualité : la méthode PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy). La reprise de la sexualité était considérée comme satisfaisante pour 13,6% des femmes avant l'utilisation de la méthode PLISSIT, puis pour 44,3% après utilisation de cette méthode avec une différence significative retrouvée. (29)

Nous avons vu que toutes les femmes de notre étude attendaient des informations sur la sexualité, cependant un quart d'entre elles affirmaient dans le même temps ne pas s'être posé de question au cours de leur grossesse ou dans le post-partum sur cette thématique. L'une des hypothèses expliquant cette contradiction est que la plupart des femmes n'avaient pas conscience que leur sexualité allait être modifiée avant qu'elles ne s'y confrontent. Il semblerait approprié que cela soit aux professionnels de santé d'initier la discussion alors, afin de faire prendre conscience que des changements vont également s'opérer dans le domaine de la sexualité de façon naturelle : « *Le fait que ma sage-femme, [...] m'en parle en premier, [...] déjà j'y pensais pas, et en plus ça m'a fait l'effet de me dire que : "ah bah tiens si elle m'en parle, peut-être que si j'ai des questions, ou si ça se passe mal aussi..."* ».

2. D'autres sources pour pallier le peu d'informations reçues

Nous avons également constaté que les femmes n'avaient que très rarement reçu des informations sur cette thématique, ce qui va également dans le sens de l'étude de *Woolhouse et al.* (30) Dans celle-ci, sur les 1507 femmes interrogées, la question de la sexualité a été abordée pour moins d'un quart d'entre elles dans le post-partum. De plus, les femmes souhaitaient principalement être rassurées sur leur ressenti d'une sexualité modifiée et sur le fait que ce vécu reste « normal » dans le post-partum. Effectivement dans notre étude, les informations qui sont données dans le post-partum concernent principalement la contraception, et les femmes déplorent que la sexualité ainsi que la vie affective de leur couple, ne soient quasiment jamais évoquées : « [...] *Comment ça se passe avec le bébé, comment ça se passe avec le papa ? Demander comment va le couple, est-ce que ce n'est pas trop tendu ? C'est des questions quand même [...] importantes.* » (31) Bien que les femmes aient reçu peu d'informations, elles ont quasiment toutes jugé suffisantes les informations qu'elles avaient reçues. Deux explications sont possibles, premièrement la sexualité pendant cette période n'est pas perçue par certaines comme une rupture par rapport à la sexualité antérieure, mais bien dans la continuité de cette sexualité modifiée par l'expérience unique qu'est la grossesse. Finalement, lorsque la sexualité pendant la grossesse et dans le post-partum se passe dans de bonnes conditions il n'y a que peu de questionnement, ce qui pourrait expliquer que les informations reçues soient jugées suffisantes. Deuxièmement, lorsque question il y a, les femmes font appel à d'autres moyens pour satisfaire leur besoin de réponse. (32) En effet, internet, les podcasts et les émissions dédiés à la maternité ont été cités par les femmes de notre étude comme étant des sources de renseignement pouvant pallier le peu d'information reçue par les professionnels.

3. Forces de l'étude

3.1. Un sujet peu souvent évoqué

Une des forces de notre étude repose sur l'originalité d'un thème peu souvent abordé. En effet, ce sujet est reconnu par le plus grand nombre, comme étant tabou car touchant à la sphère de l'intime. Cependant, de nombreuses femmes de notre étude ont exprimé ne pas se sentir gênées de

discuter de sexualité, et que cela leur semblait même être un sujet important à évoquer. Cela est en accord avec une autre thèse réalisée sur le ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée en consultation de médecine générale. Lors de cette étude qualitative de grande envergure réalisée auprès de 96 patients, la question « comment va la sexualité ? » était posée dans des consultations de routine. Bien que la surprise était le sentiment prédominant (35%), le vécu était pour la majorité soit neutre, soit positif (93%), et 81% des patients interrogés était pour que le thème de la sexualité fasse partie des consultations de médecine générale. (26) Comme dans notre étude, les femmes semblent être désireuses d'avoir des informations sur ce sujet-là, et ne le vivent pas de façon intrusive : « *Moi je suis quelqu'un qui ne considère pas ces sujets comme tabou donc, ça ne me met pas du tout mal à l'aise d'en discuter, et au contraire je trouve ça même très bien. Et ça permet aussi parfois de se dire, en fait je suis normale [...]* ».

3.2. Une méthodologie qualitative adaptée

L'autre force de notre étude est d'avoir pu recueillir grâce à une méthodologie qualitative le contenu et les modalités de l'information que les femmes souhaitent recevoir. Nos résultats sur l'interlocuteur privilégié et le moment de l'information, concordent avec un autre mémoire réalisé sur l'information reçue sur la sexualité. (31) Avoir la confirmation par un professionnel de santé de ne pas nuire à sa grossesse en poursuivant sa sexualité pourrait permettre d'éviter une baisse des rapports, car le manque d'informations sur les conséquences obstétricales est le principal facteur d'évitement de la sexualité, pendant la grossesse. (33) Avoir également une information claire concernant le délai de reprise dans le post-partum, permettrait de rassurer les femmes sur la possibilité physique de reprendre les rapports par rapport à l'accouchement qu'elles ont eu, tout en leur confirmant l'importance de respecter leur envie.

4. Limitations

Notre échantillon de population était essentiellement constitué de femmes issues de catégories socioprofessionnelles élevées, ce qui n'est pas représentatif de la population générale. Leur bagage culturel, et le fait que certaines se soient renseignées sur la sexualité pendant leur

grossesse a pu majorer l'intérêt qu'elles ont porté à notre thématique. De plus, le fait qu'elles soient plus à l'aise à l'oral a pu également favoriser leur participation à nos entretiens.

D'autre part, un biais de sélection existe également, puisque les femmes ayant participé à notre étude étaient motivées et donc intéressées d'emblée par cette thématique. Cet "effet Hawthorne" peut avoir influencé positivement nos résultats, par la simple participation des femmes à notre étude.

Enfin, l'auteure de l'étude étant également le rapporteur, un biais d'analyse appelé "effet expérimentateur" a pu jouer un rôle. En effet, l'investissement du rapporteur a pu influencer de façon positive les réponses des femmes. De plus, un lien entre le rapporteur et quelques femmes de l'échantillon a pu également majorer l'effet d'attente. Cet effet d'attente est un principe selon lequel la personne répond ce qu'elle croit que l'on attend d'elle.

5. Perspectives

5.1. Renforcement du suivi du post-partum

De nombreuses femmes de notre étude pointent du doigt le fossé en termes de suivi, entre la sortie de la maternité et la consultation du post-partum : « *Globalement je trouve qu'il y a un fossé entre la sortie de mater, le début de la rééducation et la consulte de suivi de gynéco.* » (1) Deux d'entre elles, témoignent même d'un désinvestissement du corps médical concernant le suivi du post-partum de la femme, et se sentent délaissées lors de leur sortie de maternité : « *[...] T'as pas vraiment de suivi dans le post-partum.* » Or c'est pendant cette période charnière où l'apprentissage de la parentalité et la place de chacun se joue, que des difficultés d'ordre affectif et relationnel peuvent apparaître, entraînant des conséquences sur la sexualité. La société américaine de gynécologie suggère d'ailleurs dans son rapport de 2016 de repenser le post-partum, comme un quatrième trimestre de grossesse. Ainsi, organiser dès la sortie de la maternité le suivi du post-partum, en expliquant aux femmes à quel moment consulter et vers qui se tourner en cas de difficultés, pourrait être une piste d'amélioration du suivi du post-partum. (34) Le carnet de santé maternité est un document peu connu et peu relayé qui prodigue des conseils pour le suivi de grossesse et le post-partum. En matière de sexualité, il évoque en une phrase qu'il n'y a pas de

raison de modifier ses habitudes sauf en cas de contre-indication médicale. L'enrichir avec une partie sur la sexualité du post-partum et favoriser sa diffusion pourrait être intéressant, pour renforcer l'information des femmes sur ce sujet. (35)

5.2. Un accompagnement personnalisé dans le post-partum

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, l'impact de l'accouchement sur l'image corporelle des femmes apparaît comme un facteur déterminant concernant la reprise de la sexualité dans le post-partum. Ceci explique que les femmes souhaitent principalement être rassurées par les professionnels, notamment sur le délai de reprise de la sexualité, avec pour deux femmes de notre étude le besoin de l'assentiment de ceux-ci. Ce n'est donc pas étonnant que la reprise de la sexualité dans le post-partum soit comparée à une première fois, par certaines, avec la nécessité de prendre des précautions particulières, et une redécouverte de leur corps : « [...] *Pour moi le après, ça été vraiment, on va dire comme une toute première fois.* » Lorsque l'accouchement est perçu comme un traumatisme, le besoin des femmes de pouvoir discuter à distance de ce qu'elles ont ressenti fait partie de leur reconstruction psychique : « [...] *J'ai eu vraiment du mal psychologiquement à retrouver mon corps, à retrouver mon intimité, alors c'est peut-être dur ce que je vais dire, j'ai eu l'impression d'avoir été un peu " violée " [...]* ». Le besoin d'être rassurées quant à l'état de leur périnée où la moindre cicatrice prend de grande proportion dans leur imaginaire, fait également partie de leur reconstruction physique : « [...] *C'est vrai que sur le moment, on ne sait pas comment c'est, [...], on a du mal à se demander à quoi ça ressemble [...]* ». Le rôle des soignants, dans le post-partum, pourrait être d'accompagner ces femmes sur l'acceptation de ces changements, en les invitant de manière plus systématique à partager leur ressenti : « [...] *Et spontanément elle m'a dit : "Attendez je vais chercher un miroir on va regarder ensemble."* Et j'ai trouvé l'idée géniale, parce qu'en fait je pense qu'on se représente quelque chose de beaucoup plus déformée, ou abîmée que la réalité, alors que en gros il n'y a rien [...] ». Instaurer une consultation dédiée, par exemple, intervenant plus tôt dans le post-partum, pour les femmes le souhaitant pourrait être une façon d'améliorer notre suivi : « [...] *On est beaucoup au courant du pendant la grossesse, mais personne ne nous parle du après [...]* ».

5.3. Améliorer les recommandations pour les professionnels

Nous avons également remarqué que les recommandations HAS de 2014 sur la sortie de maternité après l'accouchement, et celle de 2005 sur la préparation à la naissance ne détaillent que peu le contenu de l'information à délivrer en matière de sexualité, seul le risque de dyspareunie à la reprise de la sexualité est évoqué. (38) (39) Concernant le délai avant la reprise de la sexualité, il en est question dans la brochure césarienne de 2013 de la HAS en ces termes : « [...] *Le délai avant la reprise des relations sexuelles est une question très personnelle. Ce délai dépend à la fois de facteurs physiques (cicatrisation, douleur ou crainte de la douleur, etc.) et de facteurs psychiques (que cela provienne de la mère ou de son compagnon).* » (40) Cette imprécision dans le contenu de l'information à délivrer par les professionnels peut expliquer les discours parfois discordants que certaines femmes de notre étude ont noté. Il serait intéressant qu'une étude fasse la lumière sur l'intérêt de respecter un délai pour certaines pratiques sexuelles dans le post-partum dans le but d'éviter des dommages périnéaux. Enfin, informer toutes les femmes de la même façon, n'est probablement pas adapté à la situation de chacune car ce délai est propre à chaque couple et doit prendre en compte de multiples facteurs à la fois physiques et émotionnels.

5.4. Rôle du médecin généraliste dans l'abord de la sexualité

5.4.1. Une consultation dans le post-partum dédiée à la femme

Le médecin généraliste a également un rôle à jouer dans l'amélioration de ce suivi de grossesse et du post-partum, même s'il n'est pas le spécialiste le plus choisi pour les suivis de grossesse. Dans l'étude périnatale de 2017, 75% des femmes interrogées consultent au moins une fois leur médecin traitant au cours de leur grossesse, surtout en préconceptionnel et en début de grossesse. Quant aux consultations de suivi de grossesse, les médecins généralistes étaient 27% à en réaliser en 2017, ce qui était en augmentation par rapport aux enquêtes de 2010 (23,8%) et de 2003 (15,4%). (36) Les femmes ont tendance à poursuivre le suivi de leur grossesse avec leur médecin généraliste, s'il réalise déjà leur suivi gynécologique et s'il fait savoir qu'il est compétent pour suivre leur grossesse. (37) Dans le post-partum, il est l'un des premiers à revoir la femme pour le suivi du nouveau-né. Sa vision globale et tripartite de la famille, du couple et de la femme, ainsi que la

relation de confiance préétablie, peuvent être des véritables atouts pour accompagner d'éventuelles difficultés ou questions sur la sexualité, si les conditions d'une consultation dédiée à la femme ou au couple se présentent.

5.4.2. Influence du genre du professionnel de santé

Le fait que le médecin soit un homme peut s'avérer être un frein pour certaines femmes, comme cela a été cité par deux femmes dans notre étude : « [...] *Si c'est un homme qui me pose la question, je pense que je ne répondrais pas. Moi mon intimité je ne pourrais pas en parler avec un homme, je trouve que c'est déplacé.* » Il serait intéressant d'étudier plus avant, le ressenti des femmes selon le genre du professionnel de santé les interrogeant sur la sexualité.

5.4.3. L'intérêt d'une formation en sexologie

Pour les médecins généralistes, une des principales causes expliquant qu'ils ne font que peu de suivi de grossesse et qu'ils n'abordent que peu la sexualité est leur sentiment de manque de formation pour ces deux sujets. Même si la formation médicale est quasiment inexistante sur la sexualité féminine, il ne faut pas oublier la spécialisation informelle des médecins généralistes, et les compétences qu'ils acquièrent de cette manière. (25) L'inclusion dans les études médicales d'une formation sur la sexologie pourrait également permettre aux médecins généralistes de disposer de plus de connaissances et de se sentir plus légitime pour initier une discussion sur ce thème relevant de l'intime. Ainsi aborder la sexualité de façon plus systématique lors des consultations de médecine générale, par exemple lors des consultations à caractère gynécologique, pourrait permettre d'ouvrir la porte aux questionnements des femmes sur ce thème, lors de leur grossesse. Il serait intéressant d'étudier pourquoi certains médecins généralistes abordent la sexualité tandis que d'autres ne le font pas.

5.5. Rôle de la sage-femme dans l'abord de la sexualité

La formation des sages-femmes comprend depuis 2011 une partie sur la sexologie, ainsi il relève de leur mission d'informer et d'éduquer les patientes sur ce thème. Dans une étude qualitative sur l'abord de la sexualité par les sages-femmes datant de 2016, onze des quinze sages-femmes

interrogées parlent systématiquement de sexualité. Cependant, la moitié d'entre elles ont une attitude d'attente et n'aborde le sujet que si les patientes initient la discussion. Bien que la sexologie fasse partie de leur formation initiale, certaines sages-femmes de cette étude jugent avoir des lacunes en termes de connaissance et avoir acquis leur connaissance uniquement grâce à leur expérience personnelle et professionnelle. (41) Finalement, même avec une formation initiale plus poussée sur la sexualité, les sages-femmes éprouvent aussi des difficultés à aborder cette thématique systématiquement, même si elles ont davantage l'occasion d'aborder ce thème au cours du suivi des femmes enceintes. Nous pouvons imaginer qu'une brochure sur la sexualité pendant la grossesse et dans le post-partum, pourrait permettre d'aider les professionnels de santé à initier la discussion. Un prototype de brochure a été réalisé dans le cadre d'un mémoire de sage-femme réalisé par *K-L. Ruol*, et semble être une base intéressante (annexe 4). (42) Ainsi diffuser des informations et des conseils simples, via également des sites internet recommandés par les professionnels de santé tel que *Naître et grandir* (site développé par le collège de gynécologie du Canada) ou des vidéos explicatives comme celles réalisées par *Why Doc* (développé par la région des Pays de la Loire) sur la grossesse pourrait être utile aux couples afin de maintenir une santé sexuelle satisfaisante.

5.6. Impliquer les conjoints dans le suivi de grossesse

Le partenaire, est également un élément clé de la sexualité pendant la grossesse et dans le post-partum. La réassurance et le soutien qu'il apporte à sa partenaire sont également des facteurs prédisposant d'une sexualité épanouie. À de nombreuses reprises dans nos entretiens, les femmes soulignent un manque d'information à destination de leur conjoint, celui-ci ne participant que peu aux consultations de la grossesse. Certaines femmes posent d'ailleurs les questions de leur conjoint aux professionnels dans l'optique de les rassurer : « [...] *Déjà c'est moi qui ai posé la question, alors que c'était plutôt mon conjoint qui voulait la poser, mais il ne devait pas se sentir très à l'aise pour la poser. On en avait parlé ensemble avant [...]* ». Inviter les conjoints à s'exprimer pendant une consultation pourrait permettre de lutter contre certaines croyances erronées liées à la sexualité durant la grossesse. Toutefois toutes les femmes ne sont pas en accord avec la présence de leur conjoint lors de rendez-vous gynécologiques. En effet certaines souhaitent préserver une part de leur

intimité. Prévoir un temps supplémentaire dans certaines consultations avec un entretien pour le couple ou bien évoquer la sexualité pendant les cours de préparation à l'accouchement pourraient être des solutions, afin que le conjoint participe sans heurter la sensibilité de chacun : *« Il y a des choses qui sont hyper intéressantes pour eux, et je pense que ça, ça en fait partie. [...] Je pense que le papa devrait être là. »* Il serait également intéressant de recueillir des témoignages de conjoints pour connaître leur ressenti et leur questionnement à ce sujet. Cela pourrait nous permettre de faire un état des lieux de leur désir d'information ou non sur ce thème, afin d'améliorer l'accompagnement du couple : *« En fait, ce n'est pas le papa qui devrait être là, c'est le conjoint, parce que ce n'est pas en tant que papa, qu'il a besoin d'avoir cette information là, c'est plutôt en tant que conjoint et soutenant de sa femme. »*

CONCLUSION :

La sexualité reste peu abordée pendant la grossesse et le post-partum, or ouvrir un espace de discussion sur cette thématique permettrait d'accompagner au mieux cette période de bouleversement physique et émotionnel. Notre étude s'est attachée à recueillir les attentes des femmes concernant l'information sur la sexualité pendant cette période, en interrogeant douze femmes en entretien semi-dirigé. Toutes les femmes de notre étude désirent recevoir une information personnalisée sur la sexualité ce qui corrobore notre hypothèse principale. En comparaison des informations qu'elles souhaitent recevoir, les informations qu'elles ont reçues sont infimes. Paradoxalement, ceci n'est pas vécu par les femmes comme un manque d'information de la part des professionnels de santé.

Nos résultats sont intéressants, et mettent en lumière l'intérêt pour les femmes d'un renforcement du suivi du post-partum. La sage-femme et le médecin généraliste étant des interlocuteurs accessibles et envers qui les femmes ont généralement confiance, pourraient se placer au cœur de ce dispositif. Ceci étant, la formation en matière de sexologie des médecins généralistes nécessiterait d'être renforcée, afin de leur donner la légitimité d'interroger et de conseiller leurs patientes sur cette thématique.

Nous avons également constaté à travers notre étude, que les conjoints avaient également des interrogations sur la sexualité pendant cette période. Valoriser leur rôle, en les invitant à s'exprimer lors de temps dédiés sur ce thème pourrait être également une piste d'amélioration du suivi de grossesse et du post-partum. Il serait intéressant de recueillir leur point de vue sur l'intérêt d'une information à propos de la sexualité lors de recherches supplémentaires car la sexualité est avant tout une affaire de couple.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guerra-Reyes L, Christie VM, Prabhakar A, Siek KA. Mind the Gap: Assessing the Disconnect Between Postpartum Health Information Desired and Health Information Received. *Womens Health Issues*. 1 mars 2017;27(2):167- 73.
2. Chatton D, Desjardins J-Y, Desjardins L, Tremblay M. La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychotherapies*. 2005;Vol. 25(1):3- 19.
3. Adam A, Duplan K, Gallot F, Gonzalez-Quijano L, Roucoux G, Valzema M-S. Le sexe sous contrôle médical. *Cah Genre*. 4 avr 2016;n° 60(1):5- 14.
4. Rezaei N, Omid F, Janani F, Azadi A. A Study on the Relationship between Sexual Function and Quality of Life in Postpartum Women Nazanin Rezaei¹, Fatemeh Omid², Janani F³, Arman Azadi⁴. 2017;8.
5. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet*. 1 avr 2017;295(4):873- 83.
6. Thomas E, Baumann C, Galliot L. Sexualité durant la grossesse : revue systématique. *Rev Sage-Femme*. 1 déc 2019;18(6):293- 301.
7. Esmer AC, Akca A, Akbayir O, Goksedef BPC, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013;39(6):1165- 72.
8. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 févr 2011;40(1):36- 41.
9. Fok WY, Chan LY-S, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(10):934- 8.
10. McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2013;120(7):823- 30.
11. Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guerhazi M, Amami O. Female sexuality during pregnancy and postpartum: A study of 80 Tunisian women. *Tunis Médicale*. 1 déc 2012;90:873- 7.
12. Zhuang C, Li T, Li L. Resumption of sexual intercourse post partum and the utilisation of contraceptive methods in China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 1 mars 2019;9(3):e026132.
13. Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, Bárcenas Taland I, Chiclana Actis C. Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sex Med Rev*. janv 2020;8(1):38- 47.
14. Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H, Elaut E. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. juin 2017;22(3):200- 6.
15. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2015;122(5):672- 9.

16. Barrett G, Assistant E, Peacock J, Victor C, Gynaecology R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 12 août 2005;107:186- 95.
17. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecology J.* 1 août 2005;16(4):263- 7.
18. Eid MA, Sayed A, Abdel-Rehim R, Mostafa T. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *Int J Impot Res.* mai 2015;27(3):118- 20.
19. Pastore L, Owens A, Raymond C. Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. academic hospital. *J Sex Med.* janv 2007;4(1):115- 23.
20. Abdool Z, Thakar R, Sultan A. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 juin 2009;145:133- 7.
21. Cappell J, Pukall CF. Perceptions of the effects of childbirth on sexuality among nulliparous individuals. *Birth Berkeley Calif.* 2018;45(1):55- 63.
22. Lemaître D. Sexualité et grossesse, souhaits et ressenti des femmes. Étude prospective multicentrique réalisée auprès de 112 patientes au huitième et neuvième mois de grossesse. 5 mai 2010;62.
23. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2000;107(8):964- 8.
24. Lemesre V. Prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum auprès des médecins généralistes du littoral Nord et Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2018.
25. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité [Internet]. *Singuliers généralistes.* Presses de l'EHESP; 2010 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/singuliers-generalistes--9782810900213-page-147.htm>
26. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies.* 1 juill 2017;26(3):136- 45.
27. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy.* 2009;110(7):427- 31.
28. Lee J, Tsai J. Transtheoretical Model- based Postpartum Sexual Health Education Program Improves Women's Sexual Behaviors and Sexual Health. *J Sex Med.* 1 avr 2012;9(4):986- 96.
29. Banaei M, Zahrani ST, Pormehr-Yabandeh A, Ozgoli G, Azad M. Investigating the impact of counseling based on PLISSIT model on sexual intimacy and satisfaction of breastfeeding women. 2016;11.
30. Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Aust J Prim Health.* 2014;20(3):298- 304.
31. 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. 6 avr 2011;91.

32. Pierrepont C de. La sexualité post-partum dans les fora internet. Socialisation entre pairs et transmission des savoirs. *Civilis Rev Int Anthropol Sci Hum*. 28 juin 2010;(59- 1):109- 27.
33. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth. *J Sex Med*. 1 août 2010;7(8):2782- 90.
34. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. mai 2018;131(5):e140- 50.
35. carnet_de_maternite__bd_2016v02.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_maternite__bd_2016v02.pdf
36. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *Rev Sage-Femme*. 1 juin 2012;11(3):128- 43.
37. Lecomte B. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse. :112.
38. argumentaire_scientifique_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf [Internet]. [cité 18 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire_scientifique_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
39. preparation_naissance_recos.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
40. brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf
41. Id H. L'abord de la sexualité par les sages-femmes en cours de préparation à la naissance et à la parentalité. :234.
42. Ruol K. Le manque d'information sur les rapports sexuels.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I- Caractéristiques de l'échantillon	9
Tableau II - Parallèle entre les interrogations des femmes et les informations qu'elles souhaitent recevoir, pendant la grossesse.....	14
Tableau III - Parallèle entre les interrogations des femmes et les informations qu'elles souhaitent recevoir, après l'accouchement	16
Tableau IV - Meilleur moment pour évoquer la sexualité (nombre de femmes en accord avec la proposition)	19
Tableau V - Suggestions des femmes sur les modalités d'abord de la sexualité.....	20
Tableau VI - Autres sources d'informations utilisées par les femmes.	22

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	3
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	6
1. Population	6
2. Méthode d'intervention	6
3. Mesures	7
4. Considérations éthiques.....	7
5. Évaluation.....	8
RÉSULTATS.....	9
1. Caractéristiques de l'échantillon	9
2. Interrogations et désir d'information sur la sexualité	10
2.1. Une information systématique	10
2.2. Des interrogations variables selon les femmes	10
2.3. Ressenti lorsque la sexualité est évoquée	10
2.4. Rôle du conjoint.....	11
3. Contenu de l'information souhaité	12
3.1. Risques et contre-indications à la poursuite de la sexualité	12
3.2. Les modifications de la sexualité	12
3.3. Une information personnalisée.....	13
3.4. Délai avant reprise de la sexualité	14
3.5. Conséquence de l'accouchement sur la sexualité du post-partum.....	15
4. Mode d'information	16
4.1. Interlocuteur préférentiel : la sage-femme	16
4.2. Interlocuteur possible : le médecin généraliste.....	17
4.3. Un sujet à évoquer par tous les professionnels	17
4.4. Initiation de la discussion par les professionnels.....	17
4.5. Les moments privilégiés pour aborder la sexualité	18
4.6. Modalités de l'information	19
5. Informations reçues	21
5.1. Une information rarement délivrée	21
5.2. Une information suffisante	21
DISCUSSION	23
1. Un désir d'information malgré le peu de questionnement.....	23
2. D'autres sources pour pallier le peu d'informations reçues	24
3. Forces de l'étude.....	24
3.1. Un sujet peu souvent évoqué	24
3.2. Une méthodologie qualitative adaptée	25
4. Limitations.....	25
5. Perspectives	26
5.1. Renforcement du suivi du post-partum	26
5.2. Un accompagnement personnalisé dans le post-partum.....	27

5.3.	Améliorer les recommandations pour les professionnels.....	28
5.4.	Rôle du médecin généraliste dans l’abord de la sexualité	28
5.4.1.	Une consultation dans le post-partum dédiée à la femme	28
5.4.2.	Influence du genre du professionnel de santé	29
5.4.3.	L’intérêt d’une formation en sexologie.....	29
5.5.	Rôle de la sage-femme dans l’abord de la sexualité	29
5.6.	Impliquer les conjoints dans le suivi de grossesse.....	30
CONCLUSION :		32
BIBLIOGRAPHIE		33
LISTE DES TABLEAUX		36
TABLE DES MATIERES		37
ANNEXES		I
1.	Guide d’entretien	I
2.	Entretien numéro 1	II
3.	Entretien numéro 2	IX
4.	Brochure l’amour en attendant	XIX

ANNEXES

1. Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Deslandes Tiphaine, je suis actuellement interne en médecine générale en dernière année. Après avoir fait une formation en Gynécologie, je me suis intéressée à la thématique de l'information des femmes sur la sexualité pendant la grossesse et après. Votre participation à cet entretien va me permettre de pouvoir réaliser mon travail de thèse sur ce thème. Cet entretien sera enregistré, puis il sera retranscrit sur ordinateur. Rien de ce que vous me direz ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier ou d'identifier d'autres personnes citées seront ensuite rendues anonymes. Vous êtes également libre d'exprimer votre opinion personnelle et vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment si vous le souhaitez. Nous allons discuter autour de quatre questions pour une durée d'entretien d'environ 30 à 40 minutes si cela vous convient.

Après avoir donné votre accord, je vous laisse vous présenter en m'indiquant votre âge et le nombre d'enfant que vous avez, votre travail, et par quel professionnel vous avez été suivi pendant votre grossesse. Et si vous avez des questions sur le déroulement de l'entretien, n'hésitez pas.

Thème n°1 : **Besoins** :

Au cours de votre grossesse : Vous êtes-vous interrogé quant à la reprise de votre sexualité après l'accouchement ?

Si oui, quelles ont été vos interrogations ?

Si non, pourquoi ?

Votre conjoint a-t-il lui eu des interrogations ? En avez-vous discuté au sein de votre couple ?

Thème n°2 : **Attentes** :

Au cours de votre grossesse et après l'accouchement : quelles informations auriez vous aimé recevoir concernant la sexualité après l'accouchement ?

Pouvez-vous me dire qu'elles sont les informations les plus importantes selon vous, qui nécessiteraient d'être connues de chaque femme ?

Cette information devrait-elle être systématique, selon vous ?

Quand pensez-vous qu'il soit le plus pertinent que nous abordions, la reprise de la sexualité après l'accouchement ? Pour quelles raisons ?

Thème n°3 : **Choix du mode d'information**

Avec quel professionnel de santé vous sentez-vous le plus à l'aise pour évoquer cette thématique ?

Qui doit l'aborder en premier ?

Comment aimeriez-vous que cette thématique soit abordée ?

Thème n°4 : **informations reçues** :

Avez-vous discuté de la sexualité après l'accouchement avec un professionnel de santé pendant votre grossesse ou après ? Pouvez-vous me détailler ce que vous avez appris ? Qui a abordé le sujet en premier ?

Que ressentez-vous lorsque cette thématique est abordée, en consultation ?

Avec le recul, et votre expérience, pensez-vous avoir reçu assez d'information sur ce sujet ? Avez-vous cherché par d'autres moyens à avoir des réponses à vos questions ?

Avez-vous encore des questionnements sur ce sujet, qui sont restées sans réponse ?

Guide d'entretien version courte :

Vous êtes vous interrogé ? Si oui, nature interrogations ? Si non pourquoi ? Votre conjoint aussi ? En avez-vous discuté ensemble ?

Quelles informations auriez vous aimé recevoir ? Les plus importantes ? À systématiser ? Moment le plus pertinent pour aborder la question ? Pour quelles raisons ?

Avec qui en discuter ? Qui doit l'aborder ? Comment ?

Quelles informations avez-vous reçues ? Suffisant ? Par qui ? Que ressentez-vous face à cette thématique ? Recherche d'infos supplémentaires ? Questions sans réponse ?

2. Entretien numéro 1

Patiente : Qui je suis ? Je suis **, la maman d'un petit ***, qui est né le ***, au-delà d'être maman je travaille. Je travaille dans *** et je suis en charge du déploiement du réseau. Donc un poste de cadre, ingénieure-cadre. Du coup, ma dernière grossesse c'est la grossesse de ***, j'étais

suivi par mon gynécologue. Donc c'est mon gynécologue qui m'a suivi jusqu'au 8^{ème} mois, où au 8^{ème} mois je suis passée dans l'hôpital dans lequel j'ai accouché. J'ai accouché à l'hôpital *** Paris 14^e, donc c'est eux qui m'ont suivi sur le 8^e et 9^e mois. Oui donc on faisait un suivi tous les mois et ensuite pour les trois échographies officielles, trois ou deux ?

Rapporteur : Trois normalement.

Patiente : Oui les trois, je suis passée par un spécialiste en échographie, je ne sais pas comment ça s'appelle ceux qui font ça. Et en parallèle j'ai été suivie par une sage femme sur la partie préparation à l'accouchement et préparation à l'arrivée de bébé avec quelques cours théoriques en bilatéral avec mon conjoint et pas mal de yoga.

Rapporteur : Est-ce que tu peux me rappeler ton âge ?

Patiente : Donc j'ai 31.

Rapporteur : Et tu as accouché par quelle voie ?

Patiente : Voie basse.

Rapporteur : Au cours de ta grossesse est-ce que tu t'es interrogée sur la sexualité après l'accouchement ?

Patiente : Euh... Oui et non, dans le sens où interroger, c'est peut-être un grand mot. Mais j'avais un peu cette appréhension de « est-ce que ce sera pareil ? ». Sachant que j'avais comme projet d'avoir un accouchement par voie basse, je me posais un peu les questions en termes de sensation, est-ce que ce sera pareil ? Après je ne suis pas allée beaucoup plus loin sur la réflexion après.

Rapporteur : Est-ce que ton conjoint lui il avait des questions pendant ta grossesse sur ce sujet-là ?

Patiente : Non pas spécialement, il se posait aussi la question de : « est-ce que ce serait pareil en terme de sensation ? », pas plus de questionnement dessus.

Rapporteur : Vous en avez discuté un petit peu un peu entre vous ?

Patiente : Oui, on en a parlé, dans le sens on a partagé l'interrogation ensemble, c'est vrai qu'on n'est pas allé plus loin dans la démarche.

Rapporteur : Au cours de ta grossesse et après l'accouchement, quelles informations t'auraient aimé recevoir toi concernant la sexualité après l'accouchement ? Qu'est ce que t'aurais aimé qu'on te dise ?

Patiente : Bah en vrai, euh, moi, je ne sais pas si j'ai vraiment reçu des conseils, mais en tout cas l'idée que je m'en étais fait, il y en avait deux, je sais pas si, je pense que c'est plutôt suite à des échanges avec des amies, que je me suis fait un peu mon opinion sur le sujet. Mais en gros j'avais deux questions, dans le sens : « bah quand est ce qu'on peut reprendre les relations sexuelles ? ». Moi je trouve qu'on a un peu cette image de pendant 1 mois il ne faut pas faire l'amour, c'est des trucs un peu cartésien. Moi ce que j'ai plutôt retenu c'était, en fait, tu peux reprendre les relations sexuelles quand tu en as envie et quand tu le sens. Et finalement quand j'en ai discuté avec des gens il y en a pour qui ont repris au bout de 3, 4 jours et puis d'autres au bout de 2 mois, parce qu'ils ne le sentaient pas. Donc moi, j'avais pas mal échangé là-dessus, et puis finalement c'était un peu ce que j'avais entendu, qu'en fait il y a pas de date, faut le faire quand tu le sens. Et l'autre chose sur lequel j'ai été vigilante, c'était attention quand tu viens d'accoucher, même si tu allaites, tu peux quand même retomber enceinte. Et ça, ça me faisait quand même ..., bah voilà quand tu viens d'accoucher, t'es un peu... Surtout les premiers mois, t'as une vague de tout, quoi ! Une vague d'amour, une vague de fatigue, une vague de découverte, une vague de tout. Et moi en tout cas et mon conjoint, on ne se voyait pas du tout, avoir un deuxième bébé dans la foulée. Donc ça on me l'avait dit aussi très tôt, parce qu'au départ de ma grossesse, j'étais un peu restée sur le mythe de quand tu allaites tu ne peux pas tomber enceinte. Finalement, j'ai quand même entendu, et eu des gens autour de moi tout ça, on a été vigilant là-dessus quand on reprend il faut qu'on se protège pour éviter tout ça. Et après l'autre point, ça j'ai eu un peu sur le tas, c'est qu'en fait, c'est vrai que je m'étais dit faut faire attention de pas retomber enceinte mais je m'étais jamais reposée la question de qu'est ce que ça serait ma protection après. Et à l'hôpital, effectivement, quand tu pars, en tout cas moi ça s'est passé comme ça, moi on m'a donné une ordonnance, on m'a dit bah voilà, vous étiez sous pilule est ce que vous voulez rester sous pilule, j'ai dit oui. Je n'avais pas trop réfléchi donc j'ai dit oui, on m'a fait une ordonnance et on m'a filé la pilule. Et quand ça faisait un mois et que c'était le moment de commencer la pilule, au bout du jour, j'ai dit ce n'est pas possible en fait, je le sentais pas, par rapport à mon corps, on m'avait pas forcément donné de conseil. En fait, j'avais cette sensation, de donner, de me remettre des hormones dans mon corps, et comme j'allaitais que ça pouvait aussi impacter mon bébé. Et j'ai trouvé que j'avais un peu... Peut-être qu'en soi, je pense que si on la prescrit, c'est que c'est pas mauvais, mais peut-être qu'il aurait fallu un accompagnement

plus important là dessus. Du coup moi au bout de 2 jours j'ai arrêté et on est passé sur le préservatif, pour limiter les risques.

Rapporteur : Du coup, quelles sont les informations pour toi les plus importantes, et qui nécessiteraient d'être connu de chaque femme, sur la sexualité ? Par rapport à toi, les interrogations que tu as eu ?

Patiente : Se dire que il y a pas de date précise de reprise, c'est en fonction des envies, et de comment on sent son corps. Moi ça c'est un peu un conseil sur toute la grossesse, et tout le après, mais il faut s'écouter et le faire quand on en a envie. Faut aussi parler, je pense que c'est pas mal d'en parler avec son conjoint. Parce que je sais que moi, j'étais assez à l'aise, sur le fait d'écouter mon corps et de dire, je suis prête, je ne suis pas prête, lui il appréhendait aussi. Parce que cette sensation de sentir son corps, lui il l'a pas, donc si on leur dit pas, ils ne peuvent pas forcément savoir quoi. Donc voilà, c'est surtout, écouter son corps. Après moi ce que je me suis rendue compte, et ça va aussi avec que, c'est un peu comme tout, faut remettre la machine en route, les premières fois bah ce n'est pas les mêmes sensations. Je vais pas dire ça peut être douloureux, mais moi je sais qu'au départ, je sentais une petite gêne. Pendant mon accouchement voie basse, j'avais eu quelques points, 3, 4 points, quelques points à l'intérieur et juste un point à la sortie. Et euh, ce que je m'étais rendue compte, c'est la zone où il y avait eu le point, elle était un peu sensible. Et du coup la première fois, c'était plus sensible que les fois d'après.

Rapporteur : Du coup tu penses que ce que tu viens de me dire là, faudrait le dire à toutes les femmes ? Faudrait qu'on systématise l'information à tout le monde ?

Patiente : Moi je trouve que plus on sait de chose, plus on est préparé en fait. Faut pas systématiser le fait que c'est très long à reprendre les rapports sexuels, c'est plutôt le dire que en fait oui des fois ça peut être long, d'autres fois plus court, qu'il faut faire comme on le sent. Moi je suis hyper dans le... Moi c'est aussi ce que j'ai cherché dans la grossesse, grâce à ça j'avais tout plutôt bien vécu, c'était de savoir en fait, de savoir que ça existe, de savoir que ça peut arriver, de savoir qu'il y a des choses qui peuvent se passer comme ça. Et moi je trouve, autant l'information médicale on n'est pas en surinformation médicale, autant on est en sur-conseil, sur-avis sur tout, des gens autours. Mais côté médical, je n'ai pas trouvé qu'on était en surinformation, je trouve que toute information est intéressante. Et moi, le corps médical qui m'a entouré, m'a beaucoup parlé des différentes choses qui peuvent être bien, qui peuvent être pas bien, et j'ai trouvé ça hyper intéressant. Si je prend des exemples concrets, à l'accouchement, le post-accouchement la sage femme, m'avait énormément sensibilisé sur le, ce n'est pas exactement en lien avec la sexualité, mais la sage femme m'avait

énormément sensibilisé sur la dépression du post-partum, sur la dépression post-partum des papas. Et je trouve que c'est hyper intéressant, parce qu'il y a des moments, où bah en fait c'est dur, t'as envie de pleurer, mais quand tu sais que ça peut être lié aux hormones, lié à tout ça, bah ça va passer, je pense que tu rentres moins facilement dans cette vraie dépression post-partum parce qu'en fait tu te dis ça va passer je vais m'en sortir. Et tu mets un peu des mots sur les maux qui peuvent t'arriver. Et je pense que c'est vrai pour tout en fait.

Rapporteur : Tu penses que ce sera quand le moment le plus pertinent pour que nous abordions la reprise de la sexualité avec nos patientes ? A quel moment on doit en discuter ?

Patiente : Je pense que c'est pas mal avant l'accouchement, parce qu'après l'accouchement en vrai on est un peu « teubé », on comprend rien, notre cerveau est un peu... je pense que dans les cours, moi en tout cas dans mon suivi, j'aurai vu ça dans les cours avec la sage femme.

Rapporteur : Les cours de préparation à l'accouchement tu veux dire ?

Patiente : Oui les cours de préparation à l'accouchement. En fait, les cours de préparation à l'accouchement étaient des cours de préparation à l'accouchement mais en fait, en soi, je ne sais pas dans le système hospitalier, je ne sais pas comment ça se passe, mais moi avec ma sage femme, c'était beaucoup des cours sur la préparation de la nouvelle vie avec un bébé, plutôt que des cours de préparation à l'accouchement. En soi, l'accouchement, on peut en parler pendant des heures, mais il n'y a pas, moi je pars du principe que le corps il est fait pour accoucher et que c'est bien d'avoir des techniques, mais de toute façon il y a un moment si il a décidé de sortir, il va sortir, et le corps est fait pour ça. La sage femme, elle nous a expliqué pleins de chose sur le déroulement, mais on a beaucoup parlé d'après, de l'arrivée du bébé, de ses besoins, de nos besoins, de comment se préparer à son arrivée, avec le fait qu'il fallait qu'on trouve des solutions pour se faciliter la vie pour manger, qu'on trouve des solutions pour se faciliter la vie pour faire le ménage, pour éviter d'avoir à le faire. Et je pense, que la sexualité rentre complètement dans cette préparation de la vie d'après en fait.

Rapporteur : Avec quel professionnel de santé tu te sentiras le plus à l'aise pour parler de cette thématique ?

Patiente : La sage femme.

Rapporteur : Et selon toi qui doit l'aborder en premier ? Le professionnel de santé ou la patiente ?

Patiente : Je pense que c'est pas mal que ça soit le professionnel de santé quand même. Parce qu'il y a des choses on se rend pas compte des fois, on y pense pas forcément et c'est pas mal que si, bah si la patiente elle a pas envie d'en entendre parler, bah elle en entend pas parler, mais c'est pas mal que c'est le professionnel de santé qui a plus les idées claires. Parce que l'arrivée d'un bébé, ça peut chambouler pas mal de choses, on peut être un petit peu, en fonction des personnes, pas complètement dedans.

Rapporteur : Et tu penses qu'on devrait l'aborder comment ? Comment en parler avec nos patientes, comment on pourrait faire ?

Patiente : Moi je trouve...Comment l'introduire ou comment en parler ?

Rapporteur : Oui, comment faire passer les informations ?

Patiente : Je ne sais pas si c'est toujours comme ça, moi ma sage femme, elle était assise à son bureau et moi j'étais assise en face et on discutait quoi, ce n'était pas un exposé. C'était vraiment un échange pas du tout scolaire, plutôt assez naturel, et comme elle a abordé les sujets de la dépression du post-partum, je pense que c'est des sujets qui peuvent s'introduire assez facilement dans ce contexte là.

Rapporteur : Donc plutôt lors d'un échange ?

Patiente : Oui, par exemple ma sage femme, elle m'a jamais présenté comment ça se passerait. Mais en tout cas voilà, nous on fonctionnait par échange, on discutait, elle me parlait de certains sujet, elle me demandait si moi j'avais des questions ou si j'avais des sujets particuliers. C'était très simple comme échange en fait je trouve.

Rapporteur : Je vais revenir sur les informations que tu as reçues pendant ta grossesse, tu m'as déjà dit des choses. Est-ce que pendant ta grossesse ou après l'accouchement t'as discuté avec un professionnel de santé de la sexualité ?

Patiente : Euh..., euh, de la sexualité en elle-même ? Je sais que j'avais posé la question à ma sage femme sur, quand est ce qu'on pouvait reprendre, est-ce qu'il y avait des contre indications et tout ça. Et c'était elle qui m'avait dit que c'était quand on le sentait et qu'il n'y avait pas de contre-

indication spécifique. Après je ne pense pas en avoir plus parlé que ça. J'en ai déjà parlé à mes copines, pour savoir, elles comment ça c'était passé. Mais pas avec un professionnel de santé.

Rapporteur : Donc c'était toi qui avais abordé le sujet en premier ?

Patiente : Oui.

Rapporteur : Et c'était pendant tes cours de préparation à l'accouchement ?

Patiente : Non, ça j'avais posé du coup quand elle était revenue, à l'arrivée du bébé. Quand je suis sortie de la mater, elle est revenue le lendemain je crois, pour vérifier le bébé et vérifier ma cicatrice.

Rapporteur : Qu'est ce que tu ressens toi quand on parle de cette thématique ?

Patiente : Je ne ressens pas du tout de gêne, je trouve même plutôt intéressant qu'on en parle. Je pense que c'est important aussi, je pense que la sexualité, c'est très liée à la sensation de femme, à la sensation de couple. Et je pense que c'est un élément qui est dur avec l'arrivée d'un bébé, dans le sens, bah en fait quand le bébé arrive, bah on est dix milles pour cent pour le bébé, on se met vite de côté, en tout cas au départ, oui c'est important de retrouver son couple et de retrouver sa sexualité, de retrouver tout ça. Donc moi on m'a pas forcément parlé de sexualité, en tout cas je pense que c'est un sujet qui devrait être potentiellement abordé, et aussi lié à l'impact du bébé sur un couple et au fait qui faut pas s'oublier, parce qu'au fait au-delà d'être des parents, on a besoin d'être des individus.

Rapporteur : Et tu penses que le papa il devrait prendre part à la discussion ? Tu te sentirais plus à l'aise comment ?

Patiente : Pas forcément, après ça dépend, comment chacun le vit, après je sais qu'il y a des papas plus impliqués que d'autres. Il y a des choses qui sont hyper intéressantes pour eux, et je pense que ça, ça en fait partie. Et moi je pense que le papa devrait être là. En fait, ce n'est pas le papa qui devrait être là, c'est le conjoint, parce que ce n'est pas en tant que papa, qu'il a besoin d'avoir cette information là, c'est plutôt en tant qu'en tant que conjoint et soutenant de sa femme.

Rapporteur : Maintenant avec le recul et ton expérience, est-ce que tu penses que tu as reçu assez d'informations sur le sujet ?

Patiente : Euh oui, oui. En fait, je n'ai pas eu l'impression d'en avoir reçu beaucoup, mais je n'ai pas l'impression que ça m'a manqué. Après je pense que dans ma relation à la grossesse et à la maternité, j'ai beaucoup échangé, j'ai beaucoup écouté des podcasts, et tout ça, ça a pu potentiellement combler ça. Je n'ai pas forcément reçu, mais en tout cas ça m'a suffit. Mais ce n'est pas parce que j'ai pas reçu beaucoup, je pense quand même qu'il faudrait l'introduire pour pouvoir donner les informations à plus de personnes, qui ont pas forcément ce besoin d'aller chercher les informations d'eux même.

Rapporteur : Donc c'est quoi toi les moyens que tu as trouvé pour avoir tes informations, vu que finalement ce n'est pas le professionnel de santé qui t'en a beaucoup apporté ?

Patiente : Moi j'échangeais beaucoup avec mes copines, et j'écoutais beaucoup de podcasts. J'ai beaucoup écouté de podcasts, si je peux citer des noms, j'adore le podcast Bliss. Après il y a avait les Maternelles qui ont fait quelques podcasts, après l'émission les Maternelles était vachement bien fait. Pour être un peu transparente, j'étais un peu, en mode toutes mes copines enceintes qui me disaient « oh faut regarder les maternelles », je me disais, c'est cucul, et finalement je me suis retrouvée à regarder un peu, le format et vachement bien fait, c'est hyper intéressant, les personnes qui animent l'émission, ce n'est pas cucul en fait. C'était plutôt enrichissant. Et beaucoup d'échanges avec les copines, je pense que c'est la meilleure des écoles.

Rapporteur : Et du coup maintenant, est-ce que tu as encore des questions qui sont restées sans réponse sur ce sujet ?

Patiente : Non.

Rapporteur : Est-ce que tu as des choses à rajouter ?

Patiente : Non c'est bon, merci.

3. Entretien numéro 2

Patiente : Je m'appelle ***, j'ai 31 ans, je suis maman d'un enfant qui a 23 mois, qui aura 2 ans le ***, qui s'appelle ***, un petit garçon. Je suis tombée enceinte assez facilement, c'est-à-dire que je ne me pressais pas et que je ne pensais pas que cela allait prendre tout de suite. Donc en fait, nous avons essayé. Par les conseils d'une grande amie, qui m'avait calculé, en fait, les 3 jours où cela pouvait marcher, ou ça pouvait prendre, les ovulations, etc... Donc on avait tout calculé. Et moi la première prise, a marché, donc on ne s'est vraiment pas pris la tête, on prenait tout notre temps. Et

puis j'ai été suivi par une sage femme libérale, que je conseille fortement, sur Rouen. Avec tous mes antécédents médicaux je n'ai pas pu accoucher dans une clinique privée, donc j'ai accouché au CHU Rouen, où j'ai eu un suivi tous les 15 jours, pendant toute ma grossesse. J'ai accouché à 38 semaines, j'ai eu un travail de 29h, 41 minutes de poussées, pour en fait terminer en cuillère, ventouse et déchirement, parce que bébé ne voulait vraiment pas sortir. Avec une péridurale, qui ne fonctionnait plus, donc je sentais que d'un côté, donc après j'ai eu vraiment du mal psychologiquement à retrouver mon corps à retrouver mon intimité, alors c'est peut-être dur ce que je vais dire, j'ai eu l'impression d'avoir été un peu « violée » en fait, entre guillemets, par ce que tout le système dont une femme peut s'épanouir avec la sexualité, en fait pour moi ça était très, très compliqué de retrouver mon intimité, de retrouver en fait, ma partie à moi, et de retrouver la sexualité avec le papa de ***. Ce qui nous a aidés c'est qu'on en a beaucoup, beaucoup parlé. J'ai ma sage femme libérale qui ne m'a jamais lâché après l'accouchement et qui a fait qu'aujourd'hui on a repris une sexualité normale. Euh et dire j'ai mis pratiquement un an et demi avant de retrouver mon épanouissement et de me retrouver.

Rapporteur : Tu fais quoi dans la vie ?

Patiente : Je suis ***. Le papa de *** est ***.

Rapporteur : Au cours de ta grossesse, est-ce que tu t'es interrogée, sur la reprise de la sexualité après l'accouchement ?

Patiente : Oui.

Rapporteur : Quelles ont été tes interrogations à ce moment-là ?

Patiente : Mes interrogations ont été : est-ce qu'avec la fatigue, est-ce que avec le corps que je vais avoir après... Parce qu'il faut prendre conscience qu'effectivement le corps d'une femme change. Pendant la grossesse on se pose pleins de questions, mais si mon corps est en train de changer, ça veut dire qu'il va rechanger après ? Je ne vais pas retrouver le corps que j'avais avant. Pas tout de suite, tout au moins. Et comment faire face à tout ça ? Donc oui on se pose énormément de questions. Après, ça s'est fait en dialogue avec le papa. C'est ça qui est important.

Rapporteur : Justement, lui aussi il avait des interrogations pendant ta grossesse, sur la sexualité ?

Patiente : Oui, tout à fait. Pendant la grossesse, du moment où il a su que j'étais enceinte, nos relations sexuelles avaient plus ou moins changé, quand même. C'est-à-dire, il avait peur de ce corps étrange qui pouvait être dans mon ventre. Même si ça ne se voyait pas les premiers mois, en fait il se disait : « Mais il y a quelqu'un avec nous, il y a quelqu'un. » Voilà ses interrogations c'était particulier, c'était bizarre, mais comme il me disait, en fait il y a quelqu'un avec nous, c'était très particulier... Et petit à petit ça était, il a appris au fur à mesure, à toucher mon ventre, à aimer cette partie de moi et du coup après ça était super, jusqu'à la fin de la grossesse. Mais lui ayant été présent pendant l'accouchement, ayant vu un peu ce qui s'était passé, du coup, ça nous a aidés pour après pour la sexualité pour en parler. Pour parler de ce qui n'allait pas justement.

Rapporteur : Donc du coup, pendant ta grossesse, il avait des craintes ?

Patiente : Oui des craintes, en fait, c'est bête, mais de me faire mal, d'être un peu trop direct avec moi ou pas assez. Il ne savait pas trop comment s'y prendre par rapport à la situation.

Rapporteur : Et c'est quelque chose dont vous avez discuté ?

Patiente : Ah oui, on en a discuté tout de suite, en fait. Il m'a fait comprendre ses appréhensions dès le début, et je l'ai mise à l'aise et on en a beaucoup discuté.

Rapporteur : Du coup, au cours de ta grossesse et après l'accouchement, quelles informations t'auraient aimé recevoir sur la sexualité après l'accouchement ?

Patiente : C'est-à-dire qu'on est beaucoup au courant du pendant la grossesse, mais personne nous parle du après, en fait. Et du coup c'est vrai, j'aurai aimé qu'on me dise : on peut reprendre une sexualité et avoir un suivi psychologique directement après.

Rapporteur : T'aurais aimé être accompagnée ?

Patiente : Oui plus accompagnée, en fait sur les questions que je pouvais me poser. Parce que l'acte violent, parce qu'un accouchement faut dire ce qu'il est, c'est quand même un acte violent, même si c'est un acte d'amour, c'est hyper violent. Et c'est vrai, que j'aurai aimé qu'on soit accompagné sur le après sur cette partie intime qui fait partie de nous, tout simplement.

Rapporteur : Est-ce que tu pourrais me dire qu'elles sont les informations qui sont vraiment très importantes et qui nécessiteraient d'être connues de chaque femme, pendant la grossesse et après ?

Patiente : Alors, se dire que pendant la grossesse, les sensations avec le conjoint, sont complètement différentes, pendant la grossesse. Et pour moi le après, ça était vraiment, on va dire comme une toute première fois. Les questions qu'on se pose vraiment les toutes premières fois. *** n'a pas été le premier avec qui j'ai eu des rapports sexuels, mais là ça était tout réapprendre. Les sens ne sont plus les mêmes, la partie intime n'est plus la même. Tout a été reconstruit, tout a été refait, donc en fait psychologiquement, on a besoin, euh... on aurait dû nous dire, en fait, que c'était repartir comme une, pour moi oui c'est repartir comme une première fois.

Rapporteur : Donc toi tu penses que c'est ça qu'il faudrait dire à toutes les femmes, les préparer... ?

Patiente : Les préparer psychologiquement, à se dire que peut-être ce qu'elles ont connu avant sera différent. En fait, c'est même sûr, sera sûrement différent, de ce qu'elles ont pu connaître. Pas forcément en mal, pas forcément en mieux, mais différent. Réapprendre à ces femmes-là, à discuter avec leur conjoint. Et qu'ils comprennent eux, que c'est un autre moule, on va dire, c'est une façon de parler, mais c'est un autre moule, que c'est différent quoi.

Rapporteur : Du coup, tu penses qu'on devrait systématiser cette information à toutes les femmes ?

Patiente : Je pense qu'il faudrait au moins faire passer l'information, parce que je ne dis pas que tout le monde a été touché par cet acte. Moi je l'ai vécu comme un acte violent, en fait, parce que j'ai eu les cuillères, la ventouse, parce que ils se sont acharnés, à appuyer sur mon ventre, vraiment j'ai eu un accouchement très, très douloureux, le fait que la péridurale ne marchait que d'un côté, je sentais tout de l'autre côté, donc pour moi oui j'ai vécu un calvaire. Ce n'est pas un épanouissement que toutes les femmes peuvent voir à la télé ou peuvent vivre. C'est vraiment particulier, mais par rapport à ça c'est vrai que cette information j'aurais voulu m'y préparer. Parce que c'est vrai, entre amis on se dit « oh bah moi j'ai eu 5 points ! » « Moi 12 points ! » « J'ai ma belle sœur elle a accouché, hop comme ça, pas de point, rien, elle n'a pas eu de déchirure ». Et en fait, c'est vrai on ne pense pas à en parler entre copines de la sexualité, ou de se dire mais ok t'as eu 5 points, mais comment tu as réagi ? Ta sensibilité ? Moi j'avais plus de sensibilité, j'avais plus rien en fait. J'ai mis longtemps en fait a retrouvé cette sensibilité qui me faisait en fait, vibrer quand j'étais avec mon conjoint, en plein acte. J'ai mis un petit peu de temps.

Rapporteur : Et tu penses que c'est à quel moment, que ce serait le plus pertinent pour nous d'aborder la sexualité avec nos patientes ? Quand est-ce que tu penses qu'on doit en discuter ?

Patiente : Après l'accouchement, pour moi ce serait après l'accouchement et à la maternité, un petit entretien d'une heure, d'une heure et demi, peut-être. Moi là où j'aurais vraiment eu le besoin, d'avoir quelqu'un à ce moment-là, je dirais pas la première journée, on est dans l'émotion, on a cette belle chose qui est à côté de nous, puis on a envie de le partager et de se reposer. Mais la 3^e journée juste avant de partir, oui. J'ai eu beaucoup de soutien d'une sage femme, et je la remercie d'ailleurs, elle a fait un boulot en or. Et Comme elle le disait d'ailleurs elle ne le fait pas, elles ne sont pas toutes à être autant à l'écoute et à passer autant de temps dans les chambres. J'aurais eu besoin d'avoir une personne qui m'explique, qui me dit : « écoutez, vous avez eu ça. Il va se passer ça, il va y avoir une sensibilité ». Personne ne m'avait averti de la sensibilité que j'allais avoir, enfin je ne sentais plus rien ! Même quand j'allais aux toilettes, je ne sentais plus rien, mais vraiment plus rien. Et c'est assez frustrant, en fait de ne plus sentir une partie de soi, et du coup à ce moment j'aurais vraiment eu besoin d'avoir une femme me disant « vous avez eu ça, nous sommes intervenus sur ça, et il peut se passer ça. Mais il peut, alors on aura besoin d'avoir un suivi avec vous ou pas ». Mais c'est vrai, j'aurais vraiment eu besoin d'avoir quelqu'un pour m'épauler, me guider du moins.

Rapporteur : Et pourquoi tu penses qu'à la maternité c'est le meilleur moment ?

Patiente : Parce qu'une fois qu'on rentre à la maison, on a déjà un chamboulement en fait. Il y a bébé qui est rentré avec nous, dans notre cocon, dans notre vrai cocon. On a déjà ce chamboulement, pas ce baby blues qui arrive, mais on est un peu fatigué, et on a ce côté qui vient tout de suite, le fait d'aller aux toilettes et de ne rien sentir. Et là on se dit, mais il y a quelque chose ? Je ne sens plus rien, je vais aux toilettes, j'urine mais sans uriner, parce qu'en fait je n'ai pas la sensation d'uriner, il se passe vraiment quelque chose. Et c'est grave ? Tu crois qu'on devrait appeler SOS médecin ? Tu crois que je devrais appeler ma sage femme ? Donc heureusement que j'avais une sage femme libérale qui était libre 24h sur 24 et 7 jours sur 7, donc ça c'est génial. Et qui a pu me dire, ne vous inquiétez pas, ça peut être normal. M'expliquer les suites. Mais c'est vrai que j'aurais voulu qu'à la maternité on puisse me dire : écoutez cette sensibilité là, elle ne va pas revenir tout de suite, faut quelques jours, quelques heures, faut quelques temps. Et ne pas avoir cette brindille de panique tout de suite en arrivant à la maison, quoi.

Rapporteur : Avec quel professionnel de santé tu te sens le plus à l'aise pour évoquer cette thématique de la sexualité ?

Patiente : Avec une sage femme, parce qu'en fait c'est celle qui épauler, qui est là du début jusqu'à la fin. Et vraiment je me suis vraiment sentie, très, très, très à l'aise avec ma sage femme, si bien

qu'après quand on a eu notre dernier rendez vous, j'en ai pleuré tellement j'aurais voulu que ça continue. C'est notre allié jusqu'au bout.

Rapporteur : Tu parles de la sage femme qui t'as suivi tout au long de ta grossesse ? Ce n'est pas elle qui t'as fais accouché ?

Patiente : Oui, c'est vrai que quand ils viennent tout de suite après la sortie, pour voir si bébé va bien, et si nous même on va bien, à ce moment là, peut-être d'en parler, ou en parler à la maternité, mais moi j'aurais vraiment aimé qu'on m'explique tout ça. On parle beaucoup du bébé, de l'accouchement mais en fait on ne parle jamais de la maman après. Et c'est un peu choquant en fait, parce qu'on nous a tellement cocooner, chouchouter, on nous a touché le ventre, dix milles fois par jour. Et du moment qu'on accouche, il n'y a plus personne pour nous, alors qu'on vient quand même...enfin bébé est sorti par notre partie intime ! Enfin c'est... nous les Warriors. Enfin quand même je pense qu'on aurait besoin, de ce côté cocooning, et un suivi psychologique malgré tout. Moi je parle beaucoup à ma sage femme, je n'ai rien à cacher, mais c'est vrai qu'il y a des femmes pour lesquels ce n'est malheureusement pas le cas.

Rapporteur : Et tu penses que c'est qui, qui doit aborder la thématique en premier ? Le professionnel de santé, la patiente ?

Patiente : Je pense que c'est au professionnel de santé, parce que la patiente si elle est déjà assez pudique, et si elle a eu cet acte violent, est-ce qu'elle ne va pas se refermer sur elle-même ? Il y a des patientes qui se referment sûrement sur elle-même qui sont fatiguées qui se disent « ça va passer, ça va passer ». C'est peut être du à ça aussi que parfois il peut y avoir des baby blues, qu'une femme se sente délaissée, fatiguée. Je pense que c'est plus au professionnel de la santé de poser la question et d'aborder le sujet.

Rapporteur : Tu penses qu'il devrait le faire comment ?

Patiente : Je pense plus dialoguer. Ne pas entrer dans la chambre soulever le drap dire : « écarter madame les jambes s'il vous plait, je viens pour voir, pour inspecter ce qu'il se passe ». Pour se dire que la petite copine : « ça va elle se porte bien, elle est en voie de bonne cicatrisation ». Moi je trouve ça choquant en fait. C'est plus de venir aborder, voilà : « je suis là, je vous aide à accoucher, je vais vérifier votre partie intime, sachez qu'il y a des endroits que vous risquez de ne pas sentir pendant quelques temps, c'est normal, vous a-t-on parlé de la sexualité après l'accouchement ? Comment ça peut se passer ? Les retours de couche ? Les saignements ? ». En fait tout ce qui est lié,

à cette partie intime, et qu'on ne nous dit pas ! On nous dit écoutez : « culotte, serviettes hygiéniques *** grande surface, ou alors serviette hygiénique assez épaisse, avec de la sauge, c'est de la sauge et du thym et ça apaise, vous mettez ça, vous tartinez sur le vagin et puis voilà ma petite dame ce sera guéri ». C'est en fait brutal, ce n'est juste pas possible.

Rapporteur : Donc du coup sur la façon d'aborder ça tu dirais un entretien, une grande discussion ?

Patiente : Oui, tout à fait, un entretien avec la maman, pour expliquer tout ça calmement

Rapporteur : Seulement avec la maman du coup ?

Patiente : Oui qu'avec la maman, parce que je pense qu'elle n'osera pas en parler ouvertement à son conjoint. Il y a des couples qui sont je pense assez pudiques et qui ont encore cette petite réserve entre eux, et d'autres qui n'ont rien à se cacher. Mais c'est important pour la maman de prendre le temps d'expliquer au papa, et de trouver leur moment d'intimité pour lui en parler en fait.

Rapporteur : Maintenant je vais revenir sur les informations que tu as reçues pendant ta grossesse. Est-ce que toi tu as discuté de la sexualité avec un professionnel de santé, ou après ?

Patiente : Oui.

Rapporteur : Peux-tu me dire ce qu'il t'a dit ?

Patiente : Il m'a simplement dit en fait, que ça pouvait arriver, que ça pouvait mettre du temps, que ça pouvait casser des couples. Donc il n'a pas été très encourageant, on va dire ! (rires) C'est un gynécologue en fait, qui du coup fait beaucoup de suivi, au CHU, après accouchement. Et du coup, c'est ma sage femme qui m'a envoyé vers lui, parce qu'elle voyait que je ne sentais plus certaines parties, que je n'avais plus de sensibilité. Donc elle m'a clairement orienté vers lui. J'y suis allée en... en trouvant une issue de sortie. Et j'y suis allée pour rien, j'ai passé 3h de mon temps pour rien. 3h c'est-à-dire, $\frac{3}{4}$ d'heure à attendre, une heure de rendez vous, et une demi heure, à attendre pour un prochain rendez vous, que je n'ai pas pris. Parce que quand je faisais la file d'attente, pour le rendez-vous, je me suis dit « mais qu'est-ce qu'il t'a dit ? Qu'est ce que ça t'as apporté ? Est-ce que ça vaut un autre rendez vous ? ». Et en fait, je me suis dit non, je suis repartie.

Rapporteur : Donc c'est le seul avec qui tu as discuté de la sexualité pendant toute ta grossesse et après ?

Patiente : Oui. Il m'a demandé en fait, comment ça c'était passé mon accouchement. Il avait le suivi du dossier, mais il avait besoin d'entendre ce que moi j'avais à dire. Donc je lui ai dit que j'avais l'impression d'être violée, et il m'a dit que 20% des femmes sur leur premier accouchement pouvaient le penser. Du coup, je lui ai parlé de ma sensibilité, il m'a dit « Oh ça c'est rien, ça peut mettre des semaines des jours, des mois, ça vient comme ça repart, il y a pas de souci à se faire ». Et quand je lui ai dit que j'avais discuté avec mon conjoint, que pour moi c'était tout du renouveau, qu'il me fallait du temps, que j'avais plus les mêmes sensations qu'avant. Qu'une partie de moi avait envie de lui, mais qu'une fois qu'on passait l'acte, il y avait comme un blocage, tout simplement. Il m'a dit que c'était tout à fait normal. Je n'ai pas eu de soutien, je n'ai pas eu d'explications non plus. En fait, j'aurai voulu avoir aussi des explications, et voilà. Moi je pense que ce qui a sauvé mon couple, c'est le dialogue avec le papa, c'est ce qui a sauvé notre sexualité. Mais je pense qu'il faudrait en fait, des personnes pour intervenir. Ce n'est pas seulement... On nous fait des cours de préparation à l'accouchement mais on devrait avoir des cours après. C'est ce que j'ai dit à ma sage femme, les cinq cours avant avec vous, on aurait dû avoir les cinq cours après, pour apprendre en fait. Ce n'est pas seulement quelqu'un qui vient faire la rééducation du périnée, c'est à nous aussi de le faire peut être nous même ou différemment. Voilà, retrouver en fait notre... retrouver en fait notre...retrouver oui, notre vagin, notre partie intime, tout simplement.

Rapporteur : En fait avec ce gynécologue, c'est toi finalement qui as abordé le sujet ou c'est quand même, ou c'est quand même lui qui t'a posé la question ?

Patiente : Oui en fait, il m'a dit : « vous venez de la part de Mme *** », j'ai dit « oui », oui, il m'a dit : « c'est pour un problème de sexologie ? » Alors j'ai dit : « oui c'est pour un problème d'intimité. » Il m'a demandé si mon conjoint était présent, je lui ai dit non, que pour moi j'avais un rendez-vous gynécologique, je ne sentais pas le besoin de venir avec lui, sachant que j'allais tout lui dire après, pour moi il n'y avait pas de ... Donc il m'a quand même ausculté, il a rien vu d'anormal. Et après c'est moi qui suis venue à lui parler, lui dire ce qu'il s'était passé, qu'est ce qu'il fallait faire ? Il m'a pas donné plus d'explications que ça et il m'a pas forcément mis très à l'aise non plus, donc c'est pour ça que je suis restée...C'est pour ça qu'au secrétariat pour la prise de rendez-vous, il y avait de l'attente j'ai attendu quand même quasiment 30 minutes, et au bout de 30 minutes je me suis dit non. Je ne vois pas l'intérêt de passer un deuxième rendez vous avec une personne qui ne nous explique pas, qui pour lui ça va ça vient... Il était un peu trop laxiste.

Rapporteur : Tu ressens quoi quand cette thématique elle est abordée en consultation ?

Patiente : Moi maintenant, j'en parle assez facilement, que ça soit ma gynécologue ou ma sage femme aussi. J'en parle assez ouvertement. Après si aujourd'hui je devais avoir un 2^e enfant je ferais toujours ce suivi avec une sage femme. Par contre je reste bloquée sur le après, il y a des séquelles quand même...Il y a des séquelles... Ce ne sont pas les séquelles de l'accouchement, c'est les séquelles d'après. C'est particulier... C'est particulier d'en parler, c'est particulier d'expliquer ce que je pense, qu'il faut vraiment le vivre. Après c'est vrai quand on en a parlé avec des amies, dire « T'imagines quand même, c'est un acte violent quand même, je ne pensais pas que c'était aussi fort, je ne pensais pas que cette partie intime qu'on avait était aussi importante que ça ». Et c'est vrai si aujourd'hui je devais accoucher, je demanderais surtout d'avoir un suivi psychologique et un suivi avec la sage femme après, autant pour le bébé que pour moi.

Rapporteur : Est-ce que avec le recul et ton expérience, tu penses que tu as reçu assez d'informations sur le sujet ?

Patiente : Oui, maintenant je pense que j'ai reçu assez d'information sur le sujet, mais par contre il m'a fallu du temps pour le digérer.

Rapporteur : Et est-ce que tu as cherché par d'autres moyens à avoir des réponses à tes questions, que par le biais des professionnels de santé ?

Patiente : Oui. En allant sur internet, en allant sur Facebook, il y a un réseau de femmes enceintes, de femmes qui ont déjà été maman, de femmes qui en sont à leur deuxième, troisième, quatrième ou cinquième grossesse, et qui parlent de ces sujets-là assez ouvertement. Et c'est bien aussi, ça permet d'avoir un suivi, autre que la sage femme, c'est-à-dire d'avoir un autre accompagnement, par rapport à des questions qu'on se pose : « C'est normal que là, ça me tire d'un côté ? C'est normal, les nausées ça peut durer combien de temps ? Qu'est ce que vous avez les filles, qu'est ce que vous avez fait pendant vos nausées ? ». Voilà, il y a toutes sortes de questions comme ça, et on était venu à parler de la sexualité après. Et en fait, je me suis rendue compte que je n'étais pas la seule, et qu'il y avait énormément de femmes qui pensaient la même chose que moi. Et c'est ce qui m'a rassuré, de me dire « Bah en fait tu n'es pas toute seule ». Ça s'appelle le forum des Néo-mamans, sur Facebook.

Rapporteur : Et du coup est-ce que tu as encore des questions sur la sexualité, pendant et après l'accouchement, qui sont restées sans réponses ?

Patiente : Non, parce qu'après on a vraiment bien discuté. La sage femme m'a bien expliqué, par rapport à la sensibilité, par rapport aux muscles. En fait par schéma, elle m'a sorti un peu ses cours, entre guillemet, ses cours qu'elle avait. Et elle m'a expliqué par schéma, par vidéo, par différentes façons, qu'on peut imaginer.

Rapporteur : Et ça, ça t'a permis de pouvoir mieux te projeter ?

Patiente : Oui, surtout de savoir ce qui s'était réellement passé pendant l'accouchement aussi. Et ce qui avait fait que je sentais plus une certaine partie. Fallait que ça se reconstruise, fallait travailler le muscle.

Rapporteur : T'avais besoin de comprendre ce que tu avais vécu pour pouvoir...

Patiente : En fait j'avais besoin d'avoir une image pour comprendre ce qui s'était passé.

Rapporteur : As-tu d'autres choses à ajouter ?

Patiente : Non. Merci !

4. Brochure l'amour en attendant

L'amour en attendant...

Informations sur la sexualité pendant la grossesse



La sexualité pendant la grossesse est, aujourd'hui encore, un sujet tabou, délicat dont on ne parle que très peu : nous proposons aux futurs parents cette documentation explicative afin de le banaliser.

La grossesse est une aventure unique pour chaque couple et chacun vit ce "voyage" long de neuf mois selon ses convictions et son imagination. Ce dépliant vous donnera des réponses simples aux multiples questions qui restent trop souvent tues.

A retenir

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

Et si un conseil pratique vous permettait d'être une grossesse heureuse, saine et harmonieuse ?

Les gynécologues et sages-femmes aiment des personnes qualifiées pour répondre à leurs nos interrogations, alors n'hésitez pas !

En conclusion

Il est conseillé de continuer à faire l'amour pour le bonheur des deux partenaires et la bonne santé du couple. Maintenir une activité sexuelle pendant la grossesse apporte un sentiment de sécurité et renforce le lien affectif entre les conjoints car il faut savoir qu'il persiste souvent chez la femme enceinte un désir très intense de démonstrations d'amour. Les rapports amoureux permettent un enrichissement global pour les relations futures après l'accouchement. Que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement, le couple doit se sentir libre de poursuivre ou d'interrompre les relations sexuelles d'un commun accord, sachant que de nombreux facteurs extérieurs (souvent méconnus des obstétriciens ou des sages-femmes), interviennent dans les relations entre deux plus trois ans.

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

Surfant, concu et présenté par Myriam Rivoir, Chère sage-femme Agnès Gauthier en tant que son médecin porteur du "réseau que d'informations sur les rapports sexuels pendant la grossesse".

Positions et astuces

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

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



Nous ne nous permettrons pas de commenter ces positions, qui comportent, comme chacun sait, de nombreuses variantes. Sachez seulement qu'elles "libèrent" le ventre et n'entraînent pas une pénétration trop profonde. Nous laissons libre cours à votre imagination et n'oubliez pas que tous les substituts de l'amour sont autorisés dans la mesure où ils respectent l'intimité, le désir et l'envie de chacun !

Contre-indications aux rapports sexuels

Les rapports sexuels peuvent avoir lieu jusqu'au jour de l'accouchement, cependant il existe certaines contre-indications :

- » Anédiocentris de naissances prématurées ;
- » Menace d'accouchement prématuré ;
- » Rupture précoce des membranes ;
- » Écoulement sanguin inexpliqué ;
- » Placenta bas inséré ;
- » Grossesse multiple.

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

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

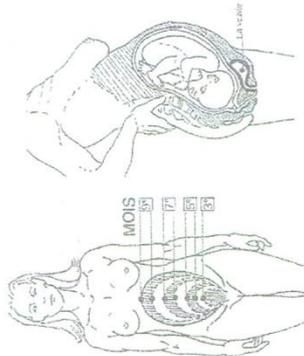
Les modifications anatomiques

Les seins

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

L'utérus

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



Le vagin

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

La vulve

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

En général

- De nombreuses modifications surprenantes sont observées au niveau du corps :
 - la peau
 - les cheveux
 - l'intestin
 - l'odorat

Évolution de la sexualité au cours de la grossesse

Premier trimestre : le temps de la sexualité

De la conception à 2 mois 1/2 environ, la femme enceinte vit de profonds changements tant dans sa tête que dans son corps.

Manifestations physiques

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

Transformations psychiques

Même si aucune transformation physique n'est visible, le corps porte une vie nouvelle sur laquelle la future mère focalise. A la fois fasciné et angoussé, le libido de la femme passe pour certaines au second plan.

Pour d'autres futures mamans, rien ne change : le bébé encore immobile reste une idée ; ainsi leur sexualité reste inchangée.

Deuxième trimestre : l'amour comme avant

Au deuxième trimestre, le libido est intensifiée pour différentes raisons.

Manifestations physiques

- Nausées et fatigues se sont envolées.
- Le ventre s'est enroulé, mais pas gênant, permettant une vie sexuelle intensive et harmonieuse.
- La peau est de velours, la chevelure supérieure, les seins glo- rieux.

- Le taux d'hormones féminines augmente considérablement.

- Au niveau du vagin, l'afflux de sang dans les veines pel- viennes entraîne un engorgement du bas ventre provoquant une congestion permanente du sexe, la lubrification vaginale est importante.

- Ainsi, certaines femmes découvriront leur premier orgasme à ce moment là.

- Le partenaire peut être intimidé par les légers changements physiques mais le regain de vitalité et l'enthousiasme de la future mère le bouleversent.

Transformations psychiques

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

Quand l'acte romancier s'implé- sse

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

Il faut savoir

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

- Ne pas confondre les spasmes orgasmiques avec les contractions utérines.

Crépuscule et nuit de nuit

La grossesse rime souvent avec entente érotique plus forte, mais elle peut être révélatrice de certains problèmes relation- nels ou sexuels : *confiez-vous fin à l'autre ou vice en profiter au mieux ou à la satisfaction qui vous suit ?*

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

L'homme : soit il ne voit plus le corps de sa compagne comme un objet de désir, soit il n'ose exalter ses fantasmes craignant des conséquences néfastes pour la suite de la gros- sesse.

Il peut se sentir frustré, isolé puisque sa compagne vit seule physiquement, une aventure commencée à deux.

Où le partenaire se situe-t-il : comme époux, amant ou père ?

Les futurs parents doivent se faire plaisir et par les relations sexuelles et par la complicité : le dialogue permet de conser- ver une entente harmonieuse.

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

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

Troisième trimestre : un désir incertain

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

Trois mois, tensions d'inquiétudes

Au niveau physique, les signes sont nombreux et pénants : jambes lourdes, lombalgies, fatigue, hémorroïdes, brûlures d'estomac, ventre imposant rendent les femmes fragiles, voire déprimées.

Les couples ont souvent peur de déblancher l'accouchement par les rapports sexuels.

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

Le maître prius

Le ventre de plus en plus imposant rend l'acte sexuel accro- baïque. Mais le dialogue permet un échange amoureux : favori- sez les gestes tendres, les baisers, les câlins, les caresses, les massages...

Chaque membre du couple doit se montrer compréhensif et sécurisant !

Dialogue et tendresse permettent de traverser avec bonheur cette période de gestation si riche en émotions contradic- toires...

DESLANDES Tiphaine

Attentes et besoins des femmes sur la sexualité pendant et après la grossesse.

Qu'elles informations ont-elles reçues ?

RÉSUMÉ

Introduction : La grossesse et le post-partum sont deux moments de bouleversement à la fois physique, psychique et émotionnel. La question de l'information remise aux femmes sur la sexualité, durant cette période reste peu étudiée. L'objectif de notre étude est de déterminer quelles sont les attentes des femmes en termes d'information sur la sexualité pendant et après leur grossesse, et de recueillir les informations qu'elles auraient reçues.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative a été réalisée auprès de 12 patientes recrutées entre 6 et 24 mois après leur accouchement, sur différents territoires de France. Un entretien semi-directif avait lieu soit en visioconférence soit a posteriori d'une consultation. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et les verbatim constitués ont été analysés longitudinalement.

Résultats : Toutes les femmes de notre étude ont exprimé le souhait qu'une information leur soit délivrée sur la sexualité. Les deux informations qu'elles souhaitent avoir concernent les risques et contre-indications de la poursuite de la sexualité pendant la grossesse, et le délai avant la reprise de la sexualité dans le post-partum. Cinq des douze femmes interrogées n'avaient reçu aucune information sur la sexualité lors de leur grossesse ou dans le post-partum.

Conclusion : Cette étude montre qu'il y a un souhait d'information chez les femmes à propos de la sexualité pendant la grossesse et dans le post-partum, alors qu'elles n'en reçoivent que peu de la part du corps médical. Ce qui confirme la nécessité de renforcer l'information des femmes sur la sexualité durant cette période.

Mots-clés : Sexualité, Grossesse, Post-partum, Information

What do women expect and need about sexuality during and after pregnancy?

Which information have they been given?

ABSTRACT

Aim: Pregnancy and post-partum are both a physical, psychological and emotional upheaval. The issue of information to women about sexuality during this period remains rarely studied. Our study aims first to identify women's expectations of sexuality information during and after pregnancy and then to gather the information they would have found out.

Material and method : One qualitative study has been carried out on twelve patients recruited between six and twenty-four months after giving birth in different French territories. A semi-direct interview has been held either in video-conference or after a visit at the surgery. These interviews have been fully transcribed. Verbatims have been analysed longitudinally.

Results : All the women in our study have expressed the wish to be given information about sexuality. The two pieces of information they would like to get relate to the risks and contra-indications of carrying out sexuality during pregnancy and the delay before resuming sexual intercourse. Five out of twelve women interviewed had received no information at all about sexuality during pregnancy or in post-partum.

Conclusion : This study shows that women want to be advised about sexuality during pregnancy and in post-partum when they get so little information from the medical profession. This confirms the need to promote women's information related to sexuality during this period.

Keywords: Sexuality – Pregnancy – Post-partum - Information