

2016-2017

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Reprise des rapports sexuels dans le post-partum : appréhensions et informations des primipares

Etude quantitative, observationnelle, analytique,
rétrospective, multicentrique réalisée dans 4 cabinets de
sages-femmes libérales du Mans du 10 novembre 2016 au
06 février 2017

Fargis Ellen

Sous la direction de Mme Chêne Delphine

Membres du jury

BARTHELEMY L.
ROUILLARD C.
BREMOND M.
GARNIER F.



Soutenu publiquement le :
01 Juin 2017



REMERCIEMENTS

A Madame CHENE Delphine, sage-femme sexologue, au Centre Hospitalier du Mans pour ses conseils et sa disponibilité tout au long de ce travail.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme René ROUCHY pour leur accompagnement, leur soutien et leur écoute durant ces quatre années d'études.

Un grand merci également aux sages-femmes libérales du Mans pour leur participation à la distribution et au recueil des questionnaires.

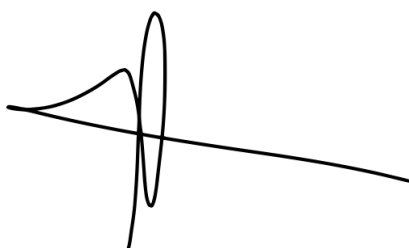
A ma famille et mes amis pour leur présence au quotidien, leurs conseils et leur soutien inconditionnel.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée, Fargis Ellen, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits de l'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line that curves upwards and then downwards, ending in a vertical stroke.

Sommaire

SOMMAIRE

INDEX

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODE

1. Matériel
2. Méthode
3. Analyses statistiques

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population
2. Grossesse et accouchement
3. Le post-partum
4. L'information

DISCUSSION

1. Forces et limites

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES TABLEAUX

ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE

ANNEXE 2 : ACCORD DU COMITE D'ETHIQUE DU CHU D'ANGERS

INDEX

AM : Allaitement Maternel

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ELD : Episiotomie Latérale Droite

HAS : Haute Autorité de Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PP : Post-partum

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

RS : Rapports Sexuels

SDC : Suites De Couches

SFL : Sages-femmes libérales

VPN : Visite Post-Natale

INTRODUCTION

En 1975, la loi Veil autorise le recours à l'IVG et vient compléter la loi Neuwirth de 1967 qui autorisait la contraception orale aux femmes. [1] La sexualité n'a alors plus seulement une fonction de procréation mais prend une place centrale dans la vie des femmes avec l'apparition de la notion de plaisir et d'épanouissement personnel et interpersonnel liée à une sexualité épanouie. [2] [3]

La période du post-partum, qui s'étend de l'accouchement jusqu'au retour de couches est source de modifications sur le plan anatomique, hormonal, familial et relationnel, et mérite en cela une attention particulière. [4]

La reprise de la sexualité s'effectue en moyenne 6 semaines après l'accouchement [5]. Selon la littérature, des dysfonctions sexuelles sont identifiées chez 41 à 83% des femmes dans les 2 à 3 mois du post-partum. [6] L'instrumentalisation de l'accouchement entraînerait un risque deux fois plus élevé de dyspareunies et cinq fois plus élevé de douleurs périnéales. [7] De plus, les lésions périnéales seraient susceptibles d'entraîner chez la femme un moindre désir à être touchée ou caressée par son partenaire, et une moindre satisfaction sexuelle [7].

Une étude de 2010 sur l'association entre la satisfaction sexuelle et l'image du corps de la femme mettait en avant que la représentation qu'une femme avait d'elle-même était susceptible d'influencer sa satisfaction sexuelle. [8]

Enfin, une étude sur la sexualité durant la grossesse et après l'accouchement soulignait le fait que seulement 14% des femmes n'avaient aucune appréhension concernant la reprise de la sexualité après l'accouchement. [9] Une autre étude mettait en avant que seules 52% des femmes avaient pu parler de la sexualité pendant la grossesse. 34% des femmes se sentaient mal à l'aise en en parlant et 76% des femmes qui n'en avaient pas discuté auraient aimé le faire. [10]

Hors, selon l'OMS, les membres de l'équipe de soins de santé primaire, dont fait partie la sage-femme, se doivent de dispenser des soins prénatals et postnatals de qualité en informant sur les « changements normaux du corps durant la grossesse [...], la sexualité », et d'éduquer aux « pratiques sexuelles sûres » [2]

La HAS a également cette position puisqu'elle recommande dans ses RPC de 2014 sur la sortie de la maternité après l'accouchement, d'informer les femmes sur les modifications physiologiques du post-partum, les troubles éventuels pouvant survenir [et] leur prévention. [11] Il n'existe cependant aucune recommandation concernant le contenu exact de ces informations.

Au vu des nombreuses modifications liées à cette période de la vie, et du nombre conséquent de femmes à avoir des difficultés, l'objectif principal de notre étude était ainsi d'évaluer la nature des appréhensions d'une population de primipare et l'influence de l'information reçue sur celles-ci durant la grossesse et le post-partum afin de proposer des pistes pour l'améliorer.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, analytique, rétrospective, multicentrique issue d'un questionnaire établi en septembre 2016. Ce dernier a été soumis au Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers le 09 novembre 2016 et ne soulevait pas d'interrogation éthique. [Annexe 3]

1. Matériel

La population cible était les femmes primipares ayant accouché il y a moins d'un an et venant consulter une SFL pour leur visite postnatale ou leur rééducation périnéale.

Les critères d'inclusion étaient d'être une primipare majeure, francophone, sans antécédents d'interruption médicale de grossesse, de mort fœtale in utéro, de décès périnatal ou d'accouchement prématuré, de ne pas avoir été hospitalisé longuement pendant la grossesse, d'avoir eu un enfant bien portant à la naissance et n'ayant pas nécessité d'hospitalisation, de n'avoir pas eu de complications dans les suites de l'accouchement et d'accepter de participer à l'étude.

2. Méthode

Le questionnaire se composait de plusieurs parties : des généralités sur la patiente, des questions sur la grossesse, l'accouchement, le post-partum, puis sur l'information reçue.

La majorité des questions étaient à choix unique ou multiples. Pour certaines questions, les femmes pouvaient préciser leurs réponses ou ajouter des informations supplémentaires par texte libre.

Chaque questionnaire comprenait une lettre d'information à destination de la femme. Cette dernière relatait les objectifs principaux de l'étude et rappelait la garantie de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies.

Les femmes étaient également informées de leur liberté à participer ou non à l'étude et avaient la possibilité de cocher les cases « ne se prononce pas » lorsqu'une question les mettait mal à l'aise.

Les praticiennes ont été contactées entre le 31 octobre et le 05 novembre 2016 par appels téléphoniques afin d'établir un premier contact. Les coordonnées ont été trouvées à l'aide de l'annuaire et d'internet. Nous nous sommes ensuite déplacés personnellement dans chaque cabinet afin de remettre en mains propres les questionnaires et d'expliquer plus amplement ses objectifs. Une sage-femme n'a pas souhaité participer à l'étude.

Les sages-femmes distribuaient ensuite les questionnaires aux patientes éligibles qui avaient la possibilité de le remplir le jour-même ou bien chez elle et de le rapporter lors d'une consultation ultérieure.

Les femmes ont été incluses à l'étude du 10 novembre 2016 au 06 février 2017. Des relances hebdomadaires ont été nécessaires pour la totalité des sages-femmes.

3. Analyses statistiques

Les données ont été recueillies par informatique sur le logiciel Sphinx Plus² V.5.1.0.7. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de ce même logiciel ainsi que du logiciel en ligne BiostaTGV et du logiciel Excel.

Les tests statistiques utilisés ont été le test de Chi² et de Fisher lorsque des effectifs étaient inférieurs à 5. Le seuil de significativité était fixé à 0,05. Une valeur avec un $p < 0,05$ était ainsi retenue comme statistiquement significative.

Résultats

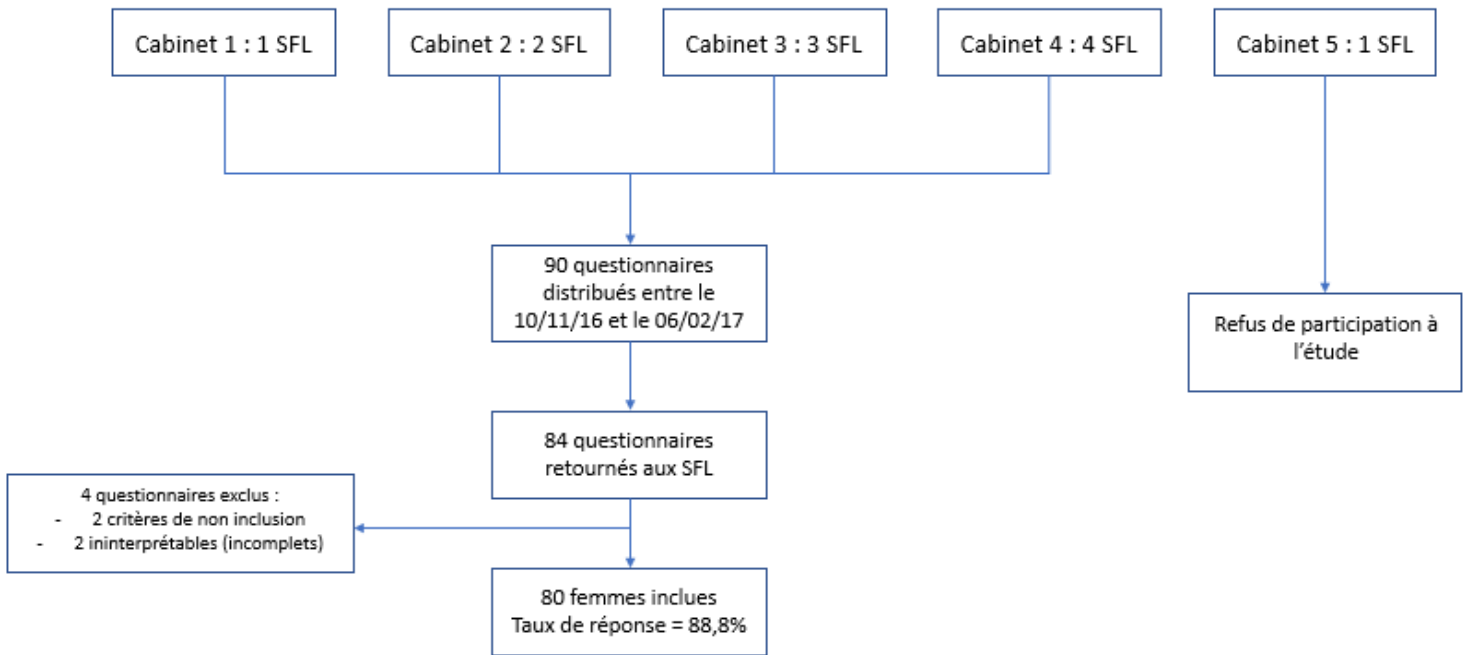


Figure 1 : Flow chart de l'étude «Reprise des rapports sexuels dans le post-partum : appréhensions et informations des primipares ».

1. Caractéristiques de la population

La population de l'étude était composée de 80 femmes (N=80). Les femmes interrogées avaient en moyenne 27,47 ans. Au moment de leur participation à l'étude, elles étaient en couple depuis 5,21 ans. Pour 96,25% (n=77) d'entre elles, la grossesse était un projet de couple.

2. Grossesse et accouchement

78,8 % (n=63) des femmes interrogées (N=80) avaient accouché par voie basse non instrumentale ; 11,3% (n=9) par voie basse instrumentale ; 2,5% (n=2) par césarienne programmée et 7,5% (n=6) par césarienne en urgence. 22,2% (n=16) des patientes ayant accouché par voie basse (N=72) avaient bénéficié d'une ELD, 65,3% (n=47) d'une déchirure périnéale et 12,5% (n=9) n'avaient aucunes lésions périnéales.

78,8% (n=63) des femmes (N=80) avaient très bien vécu leur grossesse, 18,8% (n=15) l'avaient moyennement bien vécue, 2,5% (n=2) ne l'avaient pas vraiment bien vécu. 62,5 % (n=50) avaient très bien vécu leur accouchement, 30% (n=24) moyennement bien, 7,5% (n=6) pas vraiment bien. 86,7% (n=26) des femmes ayant moyennement ou pas vraiment bien vécu l'accouchement (N=30) l'ont justifié par : 10% (n=3) la longueur du travail, la fatigue ; 16,7% (n=5) la douleur des contractions ; 6,7% (n=2) le nombre d'exams vaginaux ; 16,7% (n=5) une anesthésie péridurale trop ou pas assez dosée ; 6,7% (n=2) un accouchement vécu comme traumatique ; 3,3% (n=1) l'impression que « tout s'était déchiré » ; 6,7% (n=2) l'impression de perdre le contrôle du corps ; 6,7% (n=2) le mauvais vécu de la pose de ventouses ; 6,7% (n=2) l'image et la douleur de l'acte de révision utérine ; 3,3% (n=1) la douleur de l'épisiotomie.

3. Le post-partum

52,5% (n=42) des femmes (N=80) allaitaient leur enfant à la sortie de la maternité. 45% (n=36) donnaient le biberon ; 3,8% (n=2) avaient choisi l'allaitement mixte. 28,8% (n=23) des femmes qui allaitaient à la sortie de la maternité (N=42) allaitaient encore leur enfant au moment de l'étude. Les femmes ayant arrêté leur AM l'avaient fait en moyenne 5,7 semaines après l'accouchement.

53,8% (n=43) vivaient très bien ou bien les modifications physiques du PP, 46,3 % (n=37) les vivaient moyennement ou pas très bien. 81,3% (n= 65) avaient repris une activité sexuelle au moment de leur participation à l'étude, ceci en moyenne 5,5 semaines après l'accouchement.

Tableau 1 : Facteurs influençant le délai de repris des rapports sexuels des femmes de l'étude « reprise des rapports sexuels dans le post-partum : appréhensions et information des primipares »

		Délai de reprise	
		Délais (semaines)	p
Mode d'accouchement	Voie basse non instrumentale	5,4	0,7
	Voie basse instrumentale		
	Césarienne programmée Césarienne en urgence	5,8	
Etat périnéal	Episiotomie	6,6	0,004
	Déchirure	6,2	
	Périnée intact	3,9	
Vécu de l'accouchement	Très bien ou Bien	6	0,06
	Moyen ou Pas bien	6,3	
Vécu modifications corporelles	Très bien ou bien	5,7	0,02
	Moyennement ou Pas bien	6,6	
Provenance de l'initiative	Femme	3,6	0,03
	Homme	5,5	
	Commune	5,8	
	Devoir	6	
Appréhensions	Beaucoup ou moyennement	7	0,006
	Un peu	6	
	Pas du tout	4,7	
Informations	Oui	6,2	0,1
	Non	5,6	
Efficacité de l'information	Tout à fait	5,4	0,008
	Moyennement ou peu	7,3	

93,8% (n=61) des femmes qui avaient repris les rapports sexuels (N=65) étaient prêtes au moment de la reprise ; 6,2% (n=4) ne l'étaient pas. 15,4% (n=10) en étaient à l'initiative ; pour 24,6% (n=16) le partenaire en était à l'initiative ; pour 55,4% (n=36) c'était une initiative commune et pour 6,2% (n=4) c'était un devoir conjugal.

23,8% (n=19) des femmes interrogées (N=80) avaient beaucoup ou moyennement d'appréhensions quant à la reprise des RS ; 58,8% (n=47) en avaient un peu et 17,5% (n=14) n'en avaient aucunes.

Tableau 2: Facteurs influençant le degré d'appréhension des femmes de l'étude « reprise des rapports sexuels dans le post-partum : appréhensions et information des primipares »

		Appréhensions						p
		Beaucoup ou		Un peu		Aucune		
		n	%	n	%	n	%	
Durée de la relation	0 - 3 ans	4	33%	7	58%	1	8%	0,8
	3 - 6 ans	8	22%	21	57%	8	22%	
	> 6 ans	7	23%	19	61%	5	16%	
Mode d'accouchement	Voie basse non instrumentale	10	16%	39	62%	14	22%	0,01
	Voie basse instrumentale	4	44%	5	56%	0	0%	
	Césarienne programmée	1	50%	1	50%	0	0%	
	Césarienne en urgence	4	67%	2	33%	0	0%	
Etat périnéal	Épisiotomie	6	38%	10	63%	0	0%	0,09
	Déchirure	8	17%	31	66%	8	17%	
	Périnée intact	0	0%	3	33%	6	67%	
Délais de reprise des rapports sexuels	< 2	0	0%	1	33%	2	67%	0,006
	2 - 4	2	22%	5	56%	2	22%	
	4 - 6	1	4%	18	69%	7	27%	
	6 - 8	7	29%	15	63%	2	8%	
	> 8	9	50%	8	44%	1	6%	
Prête à la reprise	Oui	9	15%	39	64%	13	21%	0,2
	Non	2	50%	2	50%	0	0%	
Provenance de l'initiative	Femme	1	10%	4	40%	5	50%	0,3
	Homme	3	19%	11	69%	2	13%	
	Commun	7	19%	24	67%	5	14%	
	Devoir	1	25%	2	50%	1	25%	
Nature des appréhensions	Douleurs ou désunion suture	40	25%					
	Douleurs vaginales	29	18%					
	Perception altérée (femme)	25	15%					
	Perception altérée (homme)	20	12%					
	Sécheresse vaginale	13	8%					
	Regard différent du partenaire	12	7%					
	Peur d'une nouvelle grossesse	9	6%					
Autre	15	9%						
Informations	Oui	14	21%	39	58%	14	21%	0,1
	Non	5	38%	8	62%	0	0%	
Sujets abordés	Contraception	14	21%	38	58%	14	21%	
	Durée des saignements	9	18%	29	58%	12	24%	
	Retour de couches	4	9%	28	64%	12	27%	
	Ovulation	4	18%	11	50%	7	32%	
	Reprise des rapports sexuels	7	18%	25	64%	7	18%	
	Possibles douleurs	1	8%	8	62%	4	31%	
	Possibles modifications	2	10%	15	75%	3	15%	
	Cicatrisation	12	24%	30	60%	8	16%	
	Impact de l'allaitement maternel	3	33%	3	33%	3	33%	
	Modifications corporelles	3	10%	17	59%	9	31%	
	Arrivée de l'enfant	3	10%	19	66%	7	24%	
Rééducation	2	4%	34	69%	13	27%		
Efficacité de l'information	Tout à fait	2	5%	24	63%	12	32%	0,0004
	Moyennement ou peu	12	41%	15	52%	2	7%	
Autres sources d'information	Oui	9	28%	18	56%	5	16%	0,8
	Non	10	21%	28	60%	9	19%	
Support	Beaucoup	11	55%	8	40%	1	5%	0,002
	Pourquoi pas	7	16%	30	68%	7	16%	
	Non	1	6%	9	56%	6	38%	

60,6% (n=40) des femmes ayant des appréhensions (N=66) craignaient une douleur ou une désunion de la suture ; 43,9% (n=29) des douleurs vaginales ; 19,7% (n=13) une sécheresse vaginale ; 13,6% (n=9) une nouvelle grossesse ; 37,9% (n=25) avaient une perception altérée de leur corps ; 30,3% (n=20) redoutaient que la perception de leur corps soit altérée aux yeux de leur partenaire ; 18,2% (n=12) avaient peur que leur partenaire n'arrive plus à concilier l'aspect mère/amante.

En plus des réponses proposées, 22,7% (n=15) avaient rajouté des éléments supplémentaires. 6,7% (n=1) de ces femmes (N=15) avaient cité la survenue d'une infection de par la persistance des saignements ; 13,3% (n=2) le réveil du bébé pendant l'acte ; 6,7% (n=1) une poitrine sensible ; 20% (n=3) une discordance de désir entre les deux partenaires ; 13,3% (n=2) le sentiment

d'être moins désirable ; 33,3% (n=5) un manque de désir ; 6,7% (n=1) une peur d'éjection de lait pendant l'acte sexuel ; 20% (n=3) la fatigue et 13,3% (n=2) la peur que ce ne soit plus comme avant.

4. L'information

83,8% (n=67) des femmes interrogées (N=80) avaient reçu une information pendant la grossesse ou le post-partum ; 16,3% (n=13) n'en avaient pas reçue. 47,8% (n=32) des femmes ayant reçu une information (N=67) l'avaient reçue pendant les cours de PNP ; 91% (n=61) durant le séjour en SDC ; 10,4% (n=7) durant les consultations prénatales ; 4,5% (n=3) au moment de la réfection de la suture ; 41,8% (n=28) au moment de la VPN et 29,9% (n=20) durant les séances de rééducation périnéale.

Au moment de la délivrance de l'information, 61,2% (n=41) étaient à l'aise ; 12% (n=8) mal à l'aise ; 1,5% (n=1) s'étaient senties jugées ; 13,4% (n=9) étaient étonnées ; 31,3% (n=21) étaient ravies et 32,8% (n=22) étaient rassurées. 3% (n=2) n'avaient pas souhaité se prononcer sur la question.

La sage-femme abordait le sujet dans 84,8% des cas. 13,6% étaient à l'initiative de la discussion ; 1,5% n'avaient pas souhaité se prononcer sur la question. 56,7% (n=38) des femmes ayant reçu une information (N=67) l'avaient trouvée tout à fait efficace ; 43,8% (n=29) moyennement ou peu efficace. Aucune ne l'avaient pas du tout trouvée efficace.

Raisons pour lesquelles les femmes qui avaient des questions supplémentaires (N=29) n'avaient pas pu les poser :

- Gêne : 44,8% (n=13)
- Pas leur priorité au moment où abordé, questions apparues après-coup : 82,8% (n=24)
- Par peur de déranger le professionnel : 3,4% (n=1)
- Manque d'intimité (abord en PNP) : 20,7% (n=6)
- Fait qu'on ne leur ait pas demandé comment allait leur couple : 3,4% (n=1)
- Attente du feu vert de la VPN : 13,8% (n=4)
- Ne se prononce pas : 3,4% (n=1)

32,5% (n=26) des femmes incluent à l'étude (N=80) auraient aimé que le thème soit abordé durant les consultations prénatales de grossesse ; 47,5% (n=38) durant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ; 12,5% (n=10) au moment de la réfection de leur épisiotomie/déchirure ; 67,5% (n=54) durant le séjour en suites de couches ; 31,3% (n=25) durant la visite postnatale ou les séances de rééducation périnéale et 2,5% (n=2) ne trouvaient pas utile d'en parler.

Pour 80% (n=64) des femmes interrogées (N=80) la sage-femme avait tout à fait un rôle à jouer dans la promotion de l'information ; pour 20% (n=16) elle en avait en partie. Aucune n'attribuaient aucun rôle à la sage-femme.

0% (n=0) des femmes interrogées (N=80) s'étaient beaucoup tournées vers d'autres sources d'informations ; 8,8% (n=7) moyennement ; 31,3% (n=25) un peu et 58,8% (n=47) pas du tout. 1,3% (n=1) des femmes n'avaient pas souhaité se prononcer

sur la question. Les sources consultées étaient pour 18,8% (n=6/32) un autre professionnel ; pour 53,1% (n=17/32) le partenaire ; pour 34,4% (n=11/32) l'entourage familial ou amical et pour 56,3% (n=18/32) des forums, blogs ou sites internet.

Elles allaient y chercher : comment diminuer les douleurs (n=2), quand reprendre les rapports sans risques (n=3), des conseils sur la normalité (n=2), des témoignages de vécus similaires (n=2). Cela leur permettait de se rassurer (n=2), de partager dans l'anonymat (n=2).

92,3% (n=12) des femmes n'ayant pas reçu d'information (N=13) auraient souhaité que le sujet soit abordé.

25% (n=20/80) des femmes avaient très envie d'un support fiable à disposition ; 55% (n=44) pourquoi pas et 20% (n=16) pas vraiment.

Tableau 3: Influences réciproques de l'efficacité de l'information des femmes de l'étude « reprise des rapports sexuels dans le post-partum : appréhensions et information des primipares »

		Efficacité de l'information				p
		Tout à fait		Moyen ou Peu		
		n	%	n	%	
Vécu modifications corporelles	Très bien ou bien	28	68%	13	32%	0,3
	Moyen ou Pas bien	10	50%	10	50%	
Prête à la reprise	Oui	34	64%	19	36%	1
	Non	1	50%	1	50%	
Provenance de l'initiative	Femme	8	100%	0	0%	0,0003
	Homme	5	36%	9	64%	
	Commune	22	73%	8	27%	
	Devoir	0	0%	4	100%	
Moment de l'information	Consultations pré-natales	5	71%	2	29%	0,68
	PNP	21	66%	11	34%	
	Suture	3	100%	0	0%	
	Suites de couches	34	56%	27	44%	
	Visite post-natale	15	54%	13	46%	
	Rééducation périnéale	12	60%	8	40%	
Sentiment durant l'information	A l'aise	24	59%	17	41%	0,006
	Mal à l'aise	2	25%	6	75%	
	Jugée	0	0%	1	100%	
	Etonnée	6	67%	3	33%	
	Ravie	13	62%	8	38%	
	Rassurée	20	91%	2	9%	
Sujets abordés	Contraception	37	56%	29	44%	
	Durée des saignements	30	60%	20	40%	
	Retour de couche	27	66%	14	34%	
	Ovulation	14	44%	18	56%	
	Reprise des rapports sexuels	23	59%	16	41%	
	Possibles douleurs	11	85%	2	15%	
	Possibles modifications des sensations	11	55%	9	45%	
	Cicatrisation	30	60%	20	40%	
	Impact de l'allaitement maternel	5	56%	4	44%	
	Modifications corporelles	18	62%	11	38%	
	Arrivée de l'enfant	16	57%	12	43%	
	Rééducation	34	57%	26	43%	
	Personne qui aborde le sujet	Sage femme sinon pas	18	53%	16	
Sinon femme		15	68%	7	32%	
Femme		4	44%	5	56%	
Element empêchant les question	Gêne	NA	NA	13	32%	
	Pas la priorité	NA	NA	24	59%	
	Peur de déranger	NA	NA	1	2%	
	Ne se prononce pas	NA	NA	1	2%	
	Autres	NA	NA	2	5%	
Autres sources d'information	Oui	13	52%	12	48%	0,61
	Non	25	60%	17	40%	
Support	Beaucoup	5	29%	12	71%	0,011
	Pourquoi pas	20	59%	14	41%	
	Non	13	81%	3	19%	

DISCUSSION

1. Forces et limites

Forces de l'étude

Malgré le thème de l'étude, le taux de questionnaires retourné était élevé. Les patientes et les sages-femmes ayant accepté de participer à l'étude étaient réceptifs au sujet, aucune patiente n'a refusé de participer. Deux sages-femmes ayant participé à l'inclusion ont demandé à pouvoir consulter les résultats de l'étude.

Biais

Recueil de données : les questionnaires étaient distribués par les sages-femmes libérales à leurs patientes. L'investigateur n'avait donc pas la maîtrise totale de l'inclusion. Certaines patientes éligibles ont pu échapper au recrutement. De plus, certains professionnels ont choisi de ne pas distribuer le questionnaire à des patientes éligibles par anticipation de leur refus. Il y avait donc un biais de sélection. De plus, notre population était susceptible d'avoir reçue plus d'informations.

Biais d'interprétation : le terme « reprise des rapports sexuels » était mal choisis, la sexualité ne se résumant pas à la pénétration. Il aurait été plus judicieux de choisir le terme de « sexualité », englobant à la fois la reprise des rapports mais également les phases de tendresse et de caresses qui en font partie intégrante. Des précisions sur les termes employés auraient également pu éviter la confusion.

Biais de mémorisation, lié à l'étude rétrospective : les sujets ont été recrutés en moyenne à semaines du post-partum, période très proche de l'accouchement, ne permettant pas d'avoir de recul. Le laps de temps s'étant écoulé depuis la réception des informations (notamment promulguées durant la grossesse) entraîne un biais de mémorisation. Ainsi, certaines femmes pouvaient avoir oublié ou ne pas avoir enregistré les informations fournies par les professionnels.

Il aurait été intéressant de cibler les sages-femmes libérales de tout le département afin d'avoir un échantillon plus représentatif. Nous aurions également pu contacter les gynécologues et médecins généralistes, autres praticiens ayant une place de choix dans la vie sexuelle des femmes.

Il serait intéressant d'évaluer en parallèle le point de vue des hommes et celui des sages-femmes et autres praticiens (hospitalier, libéral, PMI), de façon à mettre en avant l'adéquation de l'information fournie et d'améliorer la prise en charge des couples dans le post-partum.

81,3% des femmes interrogées avaient repris une activité sexuelle au moment de leur participation à l'étude, ceci en moyenne 5,5 semaines après l'accouchement. Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature qui s'accordent sur une reprise en moyenne 6 semaines après l'accouchement. [5]

Seules 17,5% des femmes n'avaient pas d'appréhensions quant à la reprise des rapports sexuels dans le post-partum. Ces chiffres rejoignent ceux qu'avait mis en avant Von Sydow K. où seulement 14% des femmes disaient n'avoir eu aucunes difficultés sur le plan sexuel durant cette période. [9] Dans notre étude, la présence d'appréhensions était significativement liée au mode d'accouchement ($p=0,01$), au vécu de celui-ci ($p=0,003$) et au vécu des modifications corporelles qui en faisaient suite ($p=5,8 \times 10^{-6}$).

Les sages-femmes, de par leurs domaines d'interventions (consultations gynécologiques de prévention, de contraception, consultations prénatales, préparation à la naissance et à la parentalité, période postnatale) sont des interlocuteurs privilégiés, avec les gynécologues et les médecins généralistes, pour aborder le sujet de la sexualité, notamment durant le post-partum. 80% des femmes pensaient d'ailleurs que la sage-femme avait un rôle à jouer dans la promotion de l'information.

Selon la HAS, elles se doivent d'expliquer « les changements physiques et affectifs, [les] modifications psychologiques de la grossesse et [les] adaptation[s] à ces changements », dans une « approche éducative et préventive ». [12] Le contenu de ces explications n'est pas précisé dans les recommandations, et aucune précision concernant la période à privilégier pour les aborder n'est apportée par ces recommandations. A quel moment informer ? Que doit contenir l'information apportée ?

83,8% des femmes avaient reçu une information concernant la reprise des rapports sexuels et les diverses modifications liées au post-partum. Dans 84,8% des cas c'était la sage-femme qui initiait la conversation. Les recommandations de la HAS sur la promotion de l'information semblaient donc être suivies. Cependant, 43,3% des femmes de notre enquête n'en étaient pas tout à fait satisfaites. Comment expliquer cela ?

Les femmes satisfaites de l'information reçue avaient significativement moins d'appréhensions ($p=0,0004$), un meilleur vécu des modifications corporelles du post-partum ($p=5,8 \times 10^{-6}$) et un délai de reprise des rapports sexuels plus court ($p=0,008$). Elles en étaient par ailleurs plus à l'initiative ($p=0,0003$). Plusieurs études ont mis en avant le souhait des patientes de parler de leur sexualité. Elles estiment que c'est une initiative qui doit venir du professionnel de santé. 71% des patientes consultant pour une dysfonction sexuelle ont estimé que le professionnel doit leur poser des questions sur leur bien-être sexuel. [13]

Quelles informations fournir ?

40,1% des femmes s'étaient tournées vers d'autres sources d'informations. Ces chiffres étaient en accord avec ceux d'A. Jalabert où 39% des femmes interrogées étaient allées rechercher des informations supplémentaires. [14]

Dans notre étude, les sources consultées étaient principalement le partenaire ou bien des sites/forums/blogs sur lesquelles elles avaient la possibilité de « partager dans l'anonymat ». Les femmes allaient principalement y chercher des vécus similaires ou des conseils pour se rassurer de la normalité de ce qu'elles ressentaient. Cela met en évidence un besoin de réassurance de la

part des femmes. Les appréhensions qui ressortaient de notre étude étaient à la fois liées à des modifications physiques, cognitives et conjugales :

- Sur le plan physique : douleur ou désunion de la suture (60,7%) ; douleurs vaginales (43,9%) ; asthénie (20%)
- Sur le plan cognitif : perception altérée de leur corps (37,9%), sentiment d'être moins désirables (13,3%), peur du réveil de leur enfant pendant l'acte (13,3%), peur d'une autre grossesse (13,3%)
- Sur le plan conjugal : manque de désir (33,3%) ; redoutent une perception altérée de leur corps par le partenaire (30,3%) ; discordance de désir entre les deux partenaires (20%) ; peur d'un non-retour à l'état antérieur (13,3%)

La principale appréhension qui ressortait de notre enquête était ainsi celle de douleurs éventuelles lors des rapports sexuels, cela peut s'expliquer par le fait que 87% des femmes de notre étude aient bénéficié d'une épisiotomie ou d'une déchirure. Nos résultats ne permettaient pas de mettre en évidence un lien significatif entre le fait d'avoir des lésions périnéales et le fait d'avoir des appréhensions ($p=0,09$), cependant, les femmes ayant bénéficié d'une épisiotomie semblaient avoir plus d'appréhensions que les femmes qui avaient un périnée intact (37,5% en avaient beaucoup ou moyennement versus 0%). Le délai de reprise des rapports sexuels était par ailleurs significativement lié à la présence de lésions périnéales (6,6 et 6,2 semaines pour épisiotomie et déchirure versus 3,9 pour un périnée intact). Signorello et al., dans une étude de 2001 sur les relations entre les traumatismes périnéaux et la fonction sexuelle du post-partum avait retrouvé un délai moyen de reprise des rapports sexuels de 7,1 semaines pour les patientes ayant un périnée intact ou une déchirure simple, et de 8,4 semaines pour celles ayant une épisiotomie. [15] Cette discordance de valeurs pourrait s'expliquer par le trop faible effectif de notre échantillon.

Plusieurs études de la littérature mettaient en évidence l'effet délétère des lésions périnéales sur la qualité de la reprise des rapports sexuels dans les premiers mois qui suivent l'accouchement. [10] [16] [17]

Parmi les femmes qui avaient des appréhensions, c'était le conjoint qui était à l'initiative de la reprise dans 42,9% des cas. Une appréhension de la douleur peut avoir pour conséquence un trouble de l'excitation, de la lubrification et une difficulté à lâcher prise du côté de la femme. Du côté de l'homme, elle peut engendrer une anxiété de performance, source de dysfonction érectile, de troubles de l'éjaculation et d'une incompréhension mutuelle face à la situation. [18]

Prendre en charge la douleur et prévenir son apparition semble donc essentiel pour prévenir l'apparition de dysfonctions sexuelles au sein du couple. Il est primordial de ne pas banaliser la réalisation des épisiotomies, d'informer la femme de leur réalisation et de s'appliquer à leur réfection. De même, prendre le temps d'en rediscuter avec les femmes après l'accouchement, leur montrer, leur expliquer et les conseiller sur les soins à apporter pour une meilleure cicatrisation pourraient réduire les appréhensions qui y sont associées et leur permettre de se réapproprier cette partie de leur corps.

Pujols Y et al., dans son étude sur l'association entre la satisfaction sexuelle et l'image du corps féminin, datant de 2010, met en avant le fait qu'une perception négative de l'image du corps pouvait être responsable d'une baisse du désir chez la femme comme chez son partenaire et par conséquent avoir un impact sur leur satisfaction sexuelle. [8]

C'est également ce que soulignait Mme Rocher : le fait de se sentir bien dans son corps et dans sa tête sont essentiels pour qu'une personne jouisse d'une bonne santé sexuelle. [19]

Parmi les informations devant être délivrées, la HAS insiste d'ailleurs sur le fait qu'il est nécessaire d'aborder avec la femme et/ou le couple les « modifications physiologiques pour la mère [...], troubles éventuels pouvant survenir, leur prévention et leur surveillance ». Il s'agit donc d'expliquer les modifications anatomiques, hormonales et familiales qui surviennent durant cette période particulière qu'est le post-partum (chute hormonale, modification de la lubrification vaginale, hyperlaxité, poitrine sensible, fatigue..) en insistant sur leur normalité, en rassurant les couples sur leur caractère non permanent et en leur prodiguant des conseils pour en améliorer le vécu. Il s'agirait également de refaire le point sur le vécu de l'accouchement, en répondant aux questions et en apportant des compléments d'informations. De plus, insister sur la possibilité d'une reprise de la sexualité (qui passe également par des moments de tendresse à deux) au moment où la femme s'en sent prête, en favorisant la redécouverte du corps de l'autre, pourrait aider les femmes à ne pas culpabiliser face à une discordance de désir avec leur partenaire.

Quand aborder le sujet ?

Le moment de l'information ne semblait pas avoir d'influence significative sur son efficacité ($p=0,7$). L'information était principalement promulguée durant le séjour en suites de couches (91%), la PNP (47,8%) et la VPN (41,8%), mais les femmes ne semblaient pas privilégier un moment plutôt qu'un autre pour la recevoir.

Les recommandations de la HAS de 2014 concernant la sortie de la maternité et les conditions d'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés mettent en avant l'importance qu'a l'information des couples sur un retour à domicile serein. [11] En effet, le séjour de la maternité étant de moins en moins long, il est nécessaire d'anticiper certains points en amont afin de ne pas surcharger l'information fournie en suites de couches.

La HAS recommande que chaque femme reçoive au cours du troisième trimestre de leur grossesse, des informations concernant le séjour à la maternité, le post-partum et le retour à domicile après l'accouchement. [11]

Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité constituent un temps d'échange sur les bouleversements liés à la naissance, le sujet pourrait notamment être abordé au moment du cours sur le retour à la maison. 20,7% des femmes relevaient cependant le manque d'intimité lié à un abord du sujet lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Ce choix de réponse n'était pas proposé dans les items de notre questionnaire, mais plusieurs femmes l'ont rapporté dans leurs commentaires. D'autres femmes avaient-elles ressenti cette même gêne ?

Notre étude montrait une interaction significative entre le sentiment de la femme au moment de l'information et l'efficacité de cette dernière ($p=0,006$). 75% des femmes qui s'étaient senties mal à l'aise et 100% des femmes qui s'étaient senties jugées étaient moyennement ou peu satisfaites de l'information qu'elles avaient reçue. Ces sentiments venaient-ils des professionnels qui l'abordaient ? Ont-ils des difficultés à initier la conversation ? Se sentent-ils à l'aise ? Il serait intéressant d'interroger les professionnels de santé à cet effet.

Il est précisé dans le référentiel métier et compétences de la sage-femme, que les sages-femmes doivent instaurer un dialogue autour de la sexualité avec la femme et/ou le couple lorsqu'elles abordent le sujet de la contraception [20]. 98,5% des femmes de notre enquête avaient abordé la contraception, 58,2% avaient pu parler de la reprise des rapports sexuels.

La période du séjour en suites de couches pourrait être un moment de choix pour délivrer une information sur les diverses modifications du post-partum, la reprise de la sexualité et donc, la contraception. A. Jalabert mettait en avant le fait que les femmes étaient plus réceptives, plus concernées à ce moment-là. [14] Notons que c'est également le moment où les pères sont le plus présents, cela pourrait permettre de fournir une information, non pas à la femme, mais au couple ; la sexualité les touchant tout autant.

Les sages-femmes se doivent également, lors de la visite postnatale, d'aborder des questions sur l'intimité du couple, comme la reprise des rapports sexuels et les éventuelles difficultés rencontrées [20].

Notons cependant qu'elle a lieu 6 à 8 semaines après l'accouchement [20] tandis que la reprise des rapports a lieu dans les six semaines. 13,8% des femmes de notre étude disaient attendre la visite de contrôle comme feu vert à la reprise. Il semblerait judicieux que les femmes aient reçues une information complète concernant les modifications physiologiques liées à l'accouchement avant leur retour à la maison. Le moment de la visite postnatale permettrait alors de ré-aborder les difficultés éventuellement rencontrées dans ce laps de temps.

Comment l'aborder ?

Les sages-femmes ont un rôle d'information, d'éducation, de communication et de prévention [19]. 51,5% des femmes de notre enquête n'auraient pas abordé le sujet si la sage-femme ne l'avait pas fait. 3,4% avaient cité la peur de déranger le professionnel et 3,4% le fait qu'on ne leur ait pas demandé comment allait leur couple. Tout professionnel de santé devrait pouvoir aborder le sujet dans le respect, la sensibilité et l'empathie, en empruntant une attitude non discriminatoire et de non jugement, attitude d'ouverture à la communication. [19] Il s'agit principalement de dédramatiser, rassurer et expliquer.

Quelle place pour un support écrit ?

La HAS recommande également la dispense d'un document écrit reprenant les informations données oralement. [11] Le Réseau Sécurité Naissance a élaboré différentes plaquettes d'information concernant l'allaitement, la césarienne [...] il pourrait être intéressant d'en éditer une sur les modifications corporelles de la grossesse et du post-partum et leur influence sur la sexualité du couple.

Dans notre étude, les femmes moins satisfaites de l'information reçue étaient plus nombreuses à souhaiter un support papier à consulter ultérieurement ($p=0,002$). Ces femmes étaient 82,8% à n'avoir pas posé leurs questions parce qu'elles leurs étaient apparues après la délivrance de l'information et que ce n'était pas leur priorité à ce moment-là. On constate donc que les femmes n'étaient pas toujours réceptives au moment où c'était abordé. On peut supposer qu'une femme ne se sentant pas immédiatement concernée par le sujet est moins encline à mémoriser les informations fournies. L'option du support leur permettrait donc d'avoir la possibilité de consulter les informations souhaitées au moment où elles en ressentent le besoin.

CONCLUSION

Au sein de notre échantillon, le mode d'accouchement, son vécu ainsi que la présence de lésions périnéales après l'accouchement avaient une influence sur le degré d'appréhensions quant à la reprise des rapports sexuels. Le fait de recevoir une information efficace sur les modifications anatomiques, cognitives et familiales liées à la période du post-partum et leur potentielle influence sur la reprise des rapports sexuels contribuait cependant à les atténuer. Le rôle qu'ont les professionnels de santé dans la promotion de cette information semble donc primordial. Il s'agit avant tout d'expliquer, de rassurer et de conseiller les couples, dans une approche éducative et préventive. Le moment choisi par les professionnels pour aborder ces différents points ne correspondait pas toujours au moment où les femmes se sentaient concernées par le sujet. Elles étaient nombreuses à être favorables à l'idée d'un support écrit à consulter ultérieurement.

A la suite de ce travail, une proposition de plaquette explicative sur les différentes modifications corporelles et cognitives de la période du post-partum sera réalisée et proposée comme support aux sages-femmes libérales ayant participé à l'inclusion de notre échantillon. Il serait intéressant en parallèle, d'en évaluer les pratiques afin de l'ajuster au mieux aux besoins des couples.

Bibliographie

- [1] Ministère des affaires sociales et de la santé, « histoire de l'IVG en France », 2017. [Internet] Disponible sur : <http://ivg.social-sante.gouv.fr/>
- [2] OMS, « santé sexuelle et reproductive :compétences de base en soins primaires », 2012. [Internet] Disponible sur : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/fr/
- [3] Bajos N, Bozon M. Transformation des comportements, immobilité des représentations. Premiers résultats de l'enquête Contexte de la Sexualité en France. Informations Sociales [Internet] 2007 ; 144 : 22- 33. Disponible à partir de : <http://www.cairn.info/revueinformations-sociales-2007-8-page-22.htm>
- [4] Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post%2Dpartum/62940>
- [5] Glazener CMA. Sexual function after childbirth : women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1997;104:330-335.]
- [6] Leeman, Lawrence M., Rogers, Rebecca G. "Sex after childbirth : post-partum sexual function". Obstetrics & Gynecology. 2012
- [7] [Rogers RG, Borders Noelle, Leeman LM, Albers LL. Does Spontaneous Genital Tract Trauma Impact Postpartum Sexual Function? The American College of Nurse-Midwives. 2009;54(2).]
- [8] Pujols Y, Meston CM, Seal BN. The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. International Society for Sexual Medicine. 2010;(7):905-916.
- [9] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth : a metacontent analys of 59 studies. Journal of Psychosomatic Research. 1999.47(1):27-49.
- [10] Vasquez M, "Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies", 2008. Mémoire sage-femme.
- [11] HAS : Recommandation de bonnes pratiques : sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. 2014. [Internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- [12] HAS : Recommandations pour les professionnels de santé : comment mieux informer les femmes enceintes ?. 2005. [Internet] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
- [13] Hostachy Florence, Etats des lieux de la prise en charge sexologique des femmes en post-partum : étude descriptive auprès des professionnels de santé du département du Puy-de-Dôme. [Internet] 2014. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01082057>
- [14] Jalabert. A., "Devenir père et mère et rester partenaires : impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple et besoin en information. 2012.
- [15] Signorello. LB, Harlow. BL, Chekos. AK, Repke. JT. "Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma : a retrospective cohort study of primiparous women. American journal of obstetrics and gynaecology". 2001. 184 : 881-890.
- [16] Olsson, Ann, Lundqvist, Martina, Faxelid, Elisabeth, Nissen, Eva. « Women's thoughts about sexual life after childbirth : focus group discussions with women after childbirth". Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2005;19:381-387

- [17] Hostachy F., « Etats des lieux de la prise en charge sexologique des femmes en post-partum: étude descriptive auprès des professionnels de santé du département du Puy-De-Dôme », 2014. [Internet] Disponible sur : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.977.7850&rep=rep1&type=pdf>
- [18] Rocher, « place de la sage-femme en matière d'éducation à la sexualité et de conseil conjugal ». 2016. Support de cours.
- [19] Conseil national de l'ordre des sages-femmes, « référentiel métier et compétences de la sage-femme ». 2010. [Internet] Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
- [20] Code de la Santé Publique, « cadre législatif de l'examen postnatal », 2003. [Internet] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006911200&dateTexte=vig>

Annexe 1: Questionnaire

I- Généralités

1- Quelle est votre date de naissance ? __/__/____

3- Etes-vous en couple ? Oui Non

Si oui, depuis combien de temps êtes-vous avec votre partenaire ?

< 1 an 1 – 3 ans 3 – 6 ans > 6 ans

II- La grossesse

4- La grossesse était-elle un projet commun avec votre partenaire ? Oui Non

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

Très importante Moyennement importante Peu importante
 Pas du tout importe Ne se prononce pas

III- L'accouchement

6- Quand avez-vous accouché ? __/__/____

7- De quelle manière avez-vous accouché ?

Par voie basse non instrumentale Par voie basse instrumentale (ventouses, forceps...)
 Par césarienne programmée Par césarienne en urgence

8- Avez-vous eu : Une épisiotomie Une déchirure périnéale Un périnée intact

9- Comment avez-vous vécu :

	Votre grossesse	Votre accouchement
Très bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyennement bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas vraiment bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas bien du tout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne se prononce pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous ne les avez pas bien vécus, pour quelle(s) raison(s) ?

IV- Le post-partum

10- Quel mode d'allaitement avez-vous choisi ?

Allaitement artificiel Allaitement maternel Allaitement mixte

Si vous avez choisi l'allaitement maternel, allaitez-vous encore votre enfant ? Oui Non

Si non, quand avez-vous arrêté ? -----

11- Comment avez-vous vécu le retour à la maison ?

- Très bien Bien Moyennement bien Difficile Ne se prononce pas

12- Comment vivez-vous les changements physiques du post-partum ?

- Très bien Bien Moyennement bien
 Pas très bien Pas bien du tout Ne se prononce pas

13- Avez-vous repris les rapports sexuels ? Oui Non

Si oui : - Dans quels délais ?

- < 2 semaines après l'accouchement 2 – 4 semaines après l'accouchement
 4 – 6 semaines après l'accouchement 6 – 8 semaines après l'accouchement
 > 8 semaines après l'accouchement Ne se prononce pas

- **Etait-ce** :

- A votre initiative A l'initiative de votre partenaire Un choix conjoint
 Un « devoir conjugal » Ne se prononce pas

- **Vous sentiez-vous prête** ? Oui Non Ne se prononce pas

14- Aviez-vous (avez-vous) des appréhensions/craintes quant à la reprise des rapports sexuels ?

- Beaucoup Moyennement Un peu
 Aucunes Ne se prononce pas

Si oui, de quel ordre étaient / sont-elles ? (Plusieurs réponses possibles)

- Douleur ou désunion de la suture d'épisiotomie / de la déchirure
 Douleurs vaginales lors des rapports
 Sécheresse vaginale
 Perception altérée de votre corps aux yeux de votre conjoint
 Perception altérée de votre corps à vos yeux
 Regard différent de votre partenaire (difficultés à concilier l'aspect mère/amante)
 Peur d'une nouvelle grossesse
 Autres (précisez) : _____

V- L'information

15- Avez-vous reçu une information concernant les modifications pouvant influencer la sexualité dans le post-partum ?

- Oui Non

Si oui : - à quel moment ? (Plusieurs réponses possibles)

- Durant les consultations prénatales de suivi de grossesse par une SF libérale / de PMI
 Durant les consultations prénatales par une SF hospitalière
 Durant les cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité

- Au moment de la réfection de votre suture d'épisiotomie / déchirure
- Durant le séjour en suites de couches à la maternité
- Durant la consultation postnatale
- Durant les séances de rééducation périnéale

- Comment vous êtes-vous sentie ? (Plusieurs réponses possibles)

- A l'aise Mal à l'aise Choquée Honteuse Jugée
- Bouleversée Etonnée Ravie Rassurée Ne se prononce pas
- Autres (précisez) : _____

- Les sujets suivants ont-ils été abordés ? (Plusieurs réponses possibles)

- Durée des saignements Retour de couches Ovulation Contraception
- Reprise des rapports sexuels (délai, possibles difficultés, solutions/conseils)
- Possibilité d'une douleur (causes, moyens pour la diminuer)
- Possible modification des sensations lors des rapports (causes, durée, solutions/conseils)
- Question des cicatrices (épisiotomie, déchirure, césarienne) et de la reprise des rapports (hygiène locale, fils, délai de cicatrisation)
- Possible impact de l'allaitement maternel sur le désir maternel
- Modifications corporelles (seins, périnée, organes génitaux – causes)
- Arrivée d'un premier enfant, impact sur les relations de couples
- Rééducation périnéale
- Autres (précisez) : _____

- La sage-femme a-t-elle initié la conversation ou était-ce à votre initiative ?

- La sage-femme, je n'aurais pas abordé le sujet sinon
- La sage-femme, mais j'aurais abordé le sujet par moi-même si elle ne l'avait pas fait
- C'est moi qui ai abordé le sujet
- Ce n'était pas une sage-femme
- Ne se prononce pas

- Cela a-t-il complètement répondu à vos interrogations / craintes quant à la reprise des rapports sexuels dans le post-partum ?

- Tout à fait Moyennement Peu Pas du tout Ne se prononce pas

Si non, quelles informations supplémentaires auriez-vous souhaité obtenir ?

- Si vous aviez des questions supplémentaires, pour quelle raison n'avez-vous pas pu les poser ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Par gêne / honte
- Parce que ce n'était pas ma priorité à ce moment là
- Par peur de déranger
- Parce que mes questions sont venues après coup
- Par manque de confiance envers le professionnel
- Parce que la sexualité n'est pas très importante au sein de mon couple
- Pour des raisons culturelles / religieuses
- Autres (précisez) : _____
- Ne se prononce pas

16- D'après-vous, à quel moment devrait-ce être abordé ?

- Durant les consultations prénatales de suivi de grossesse par une SF libérale / de PMI
- Durant les consultations prénatales par une SF hospitalière
- Durant les cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- Durant un séjour d'hospitalisation au cours de la grossesse
- Au moment de la réfection de votre suture d'épisiotomie / déchirure
- Durant le séjour en suites de couches à la maternité
- Durant la consultation postnatale
- Durant les séances de rééducation périnéale
- Ce n'est pas utile d'en parler
- Autre (précisez) : _____

17- Pensez-vous que les sages-femmes aient un rôle à jouer dans la promotion de cette information ?

- Tout à fait
- En partie
- Pas vraiment
- Pas du tout
- Ne sait pas

18- Vous êtes-vous tournée vers une autre source d'informations concernant les modifications corporelles et/ou la sexualité après l'accouchement ?

- Beaucoup
- Moyennement
- Un peu
- Pas du tout
- Ne se prononce pas

Si oui : - **la(les)quelle(s) ?** (Plusieurs réponses possibles)

- Un autre professionnel
- Mon conjoint
- Mon entourage familial / des amis
- Des forums / blogs / sites internet
- Des bouquins
- Des brochures / magazines
- Autres (précisez) : _____

- qu'êtes-vous allées y chercher ?

19- Si le sujet n'a pas été abordé, auriez-vous aimé que ça le soit ? Oui Non

20- A défaut, auriez-vous aimé avoir à votre disposition un support papier ou internet fiable à consulter en cas de besoin ?

Beaucoup

Pourquoi pas

Pas vraiment

Pas du tout

Annexe 2 : Accord du Comité d'éthique du CHU d'Angers



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Dr Aurore Armand
Département de Médecine d'Urgence
aumarmand@chu-angers.fr

Angers, le 9 novembre 2016

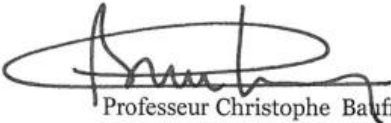
A Mme FARGIS Ellen

Madame,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné, dans sa séance du 09 Novembre 2016, votre étude « *Reprise des rapports sexuels dans le post-partum : attentes des primipares quant à l'information prodiguée par les sages-femmes.* » enregistrée sous le numéro **2016/115** .

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Professeur Christophe Baufreton

CHU Angers
4, rue Larrey
49933 ANGERS Cedex 9

RÉSUMÉ

Contexte : Le post-partum est source de modifications sur le plan anatomique, hormonal et familial, que les professionnels de santé se doivent d'aborder au cours de la grossesse. La littérature a mis en évidence un certain nombre de difficultés à la reprise des rapports sexuels, 86% des femmes les appréhenderaient.

Objectif : Evaluer la nature des appréhensions d'une population de primipares et l'influence de l'information reçue par les sages-femmes au cours de la grossesse ou du post-partum.

Matériel et méthode : Enquête quantitative, descriptive, rétrospective, multi-centriques dans plusieurs cabinets de sages-femmes libérales du Mans. Les données ont été recueillies au moyen d'auto-questionnaires du 10 novembre 2016 au 06 février 2017.

Résultats : 80 femmes ont participé à l'étude. 82,5% avaient des appréhensions en lien avec la reprise des rapports sexuels, la douleur était la principale. 58,2% avaient pu en parler avec une sage-femme, mais pour 82,5% d'entre elles, le sujet n'était pas d'actualité. Elles étaient 51,5% à être favorable à l'idée d'un support papier.

Conclusion : Les professionnels de santé ont un rôle primordial dans la promotion de l'information quant aux modifications physiologiques liées au post-partum. La qualité de l'information délivrée permet d'atténuer les appréhensions des femmes quant à la reprise des rapports sexuels et facilite ainsi cette dernière. L'usage d'un support écrit pourrait être bénéfique.

Mots clés : appréhensions ; primipares ; sexualité ; rapports sexuels ; information ; post-partum ; sages-femmes

ABSTRACT

Context : Postpartum period is source of anatomical, hormonal and familial changes that health providers need to talk about during the pregnancy. The literature revealed difficulties to resume intercourse during this period, 86% had apprehensions.

Objective : To assess the nature of apprehension in a primiparous population and the influence of the information received by the midwives during pregnancy or postpartum.

Material and procedure : Quantitative, descriptive, retrospective, multi-centric survey in several liberal midwives' offices in Le Mans. Data were collected by self-administred questionnaires from 10/11/2016 to 06/02/2017.

Results : 80 women participated. 82,5% had apprehensions related to the resumption of sexual intercourse, the pain was the main one. 58.2% had been able to talk about it with a midwife, but 82.5% of them were not present. They were 51.5% in favor of the idea of a paper support.

Conclusions : Health professionals have a key role in promoting information about postpartum physiological changes. The quality of the information provided makes it possible to alleviate women's apprehensions about the resumption of sexual relations and thus facilitates the latter. The use of a written paper could be beneficial.

Keyword : apprehension ; primipare ; sexuality ; sexual intercourse ; information ; postpartum ; midwives