

2022-2023

**THÈSE**  
pour le  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**GÉNÉRALE.**

# **SEXUALITE POSTNATALE**

Représentations des médecins  
généralistes de leur rôle dans  
l'accompagnement des couples

**GRIEUMARD Chloé**

Né le 23 octobre 1995 à Angers (49)

Sous la direction du Dr MASSON-BELLANGER Cécile

Membres du jury

Pr DE CASABIANCA Catherine	Président
Dr MASSON-BELLANGER Cécile	Directeur
Dr NETO-ANNE Sandra	Membre
Dr Thibault Py	Membre

Soutenue publiquement le :  
14 décembre 2023

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Chloé GRIEUMARD  
déclare être pleinement consciente 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 13/11/2023

SERMENT D'HIPPOCRATE
----------------------

*« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».*

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

### PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine

HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
FRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Géraud	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAL Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERNEROLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine

VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine

PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie

# REMERCIEMENTS

Je voulais tout d'abord remercier le Dr Masson-Bellanger Cécile pour son aide et son soutien précieux tout au long de ce travail de thèse. Vous avez su trouver les mots pour me motiver pendant ces deux années. Merci pour votre temps et votre bienveillance !

Au Pr De Casabianca Catherine, merci d'avoir accepté d'être la présidente de ma thèse.

Un grand merci au Dr Neto-Anne Sandra pour avoir accepté de participer à ce travail de thèse et avoir animé le focus group ! Je garde un bon souvenir des GEAP du stage de niveau 1 et encore une fois ce fut enrichissant de travailler avec vous.

Au Dr Py Thibault, pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour le contenu formateur des GEAP du stage SASPAS.

Aux médecins qui ont participé au focus group et aux entretiens individuels.

A tous les médecins qui m'ont accueillie en stage chez eux, qui m'ont confortée dans mon choix de spécialité : Dr Bourgoin Christine, Dr De Mas Latrue Thibault, Dr Régimbart Christine, Dr Constant Sylvie, Dr Deshaies Nathalie (merci pour l'initiation à l'entretien motivationnel), Dr Judalet Ghislaine et Pr Ramond-Roquin Aline.

A mes premiers collègues de Doué, merci pour votre accueil, votre soutien, mais surtout votre bonne humeur au début de ma vie professionnelle !

A mes co-internes de rhumatologie du Mans, Lucie, Marie, Stéphanie et Antoine. Just do it ! Make your dreams come true ! Heureusement qu'on a rigolé tout le semestre sinon on n'aurait pas tenu !

A mes co-internes de gériatrie du Mans, Giulia, Léa, Alexandre et Romain, et au Dr Pierre Ménager. Vous m'avez un peu ramassé à la petite cuillère ! Sans vous, je ne serai pas là aujourd'hui !

A Léa, Emilie et Anthony, et Julie. Très bon choix d'être venu.es faire votre internat à Angers, pour qu'on puisse commencer une belle amitié !

Tout comme Stéphanie et Théo, Éléonore et Privat, les Angevins sac à ... et nos sorties hockey, ou apéro !

Aux Atax', présents depuis la P2, et aux 4 Fab', pour ces larmes de rires au ski l'année dernière ! Et aux + 1 ! Clémence, Marine et Paul, Chloé et Jordan, Lucile et Julien, Audrey et Raphaël, Camille et Jeremy, Pauline et Paul, Victorine et Adrien, Cyrielle (et moi ^^) et Vincent, Amaury, Jayson, Anthony ! Et à Nico ! A nos soirées jeux sur Angers où on parlait beaucoup trop de médecine, aux courses dans la boue, à nos Bernerie ! Vous comptez énormément pour moi !

Aux Sixters, Louise, Éléonore, Anaëlle, Camille et Cyrielle, tout a commencé par un petit weekend prolongé à Budapest... et maintenant on tire des traits sur une carte de France pour se retrouver à mi-chemin ! Pourvu que ça dure à l'infini ! Et à Charles et Adrien.

Aux 3C, Camille et Cyrielle... encore ! Les absentes ont toujours tort, mais bon je vous aime quand même ! Camille, ça fait beaucoup trop longtemps qu'on est amies et on en a traversé des aventures ensemble et il y en aura pleins pleins d'autres ! Merci pour tout ce que tu m'as apporté ! A Cyrielle, Kyriel, ma partenaire de soirée depuis la P2, de BU et de RU, mon interférence, ma camarade de voyage au Vietnam, avec nos fous rires... et nos galères ! Ne change jamais ! Et attendez-moi, j'arrive !

Aux amitiés débutées à Szeged en Hongrie, les Gezellig, entre autres Esmee, Georgiana, Leti, Radu, Manon, Eliette, Noémie, Loïck, Erwan, Côme et Louise. Au Tisza sport hotel, aux trous dans les murs et aux cafards dans la cuisine... Ça rapproche !

Eliette et Noémie, les brestoises ! Eliette, à nos discussions intenses à Angers, Nantes, Brest, Liverpool, Londres, Birmingham ! Noémie, à nos apéros-confidences angevins ! Ça me manque !

Aux Quatre Fantastiques, enfin aux trois autres, Côme, Erwan et Louise. Je vous en ai fait voir de toutes les couleurs... Surtout toi, Loulou, ma « room mate » de 4 mois dans 18 mètres carré ! Mais vous êtes toujours là aujourd'hui ! Et j'espère que vous le serez toujours ! Et Bienvenus aux nouveaux.elles fantastiques Eve, Camille et Antoine !

Aux Duchesses, Sara, David et Thomas, à nos apéros angevins, nos weekends bretons et normands et nos vacances au Maroc !

A mes amis de Liverpool, mes colloqs de Monument Building, Viet, Abi, Chiara, Rike, Veronika, Cintia et tous les autres, qui ont fait de ce semestre un moment inoubliable...



# REMERCIEMENTS

Et surtout à Loïck ! Compagnon de voyage, des free burgers du Walkabout, au Ca va, en passant par les weekends organisés en bus pour explorer le Royaume-Uni.

A Solène, à nos aventures épicées à Santiniketan et Kolkata. Merci pour ta bienveillance tout au long de ce voyage.

A Marie et Jacob, merci de nous avoir fait découvrir votre belle capitale Québécoise cet été. Cela a été une belle parenthèse à ce travail de thèse. Et merci à la meilleure professeure de McGill d'avoir relu et corrigé mon abstract ! Thank you guys, best host ever !

A mes copains de courses, les Otaries, les gros chieurs, les Bip bip et coyottes, la team/tram apéro, Jérôme, Vincent, Yujin, Estefania, Clément, Louise, trop contente que mes foulées aient croisé les vôtres il y a un peu plus d'un an. Merci de m'avoir motivée et rassurée tout au long de ces prépa limitées par un genou capricieux et de m'avoir accompagnée sur mon premier semi ! Merci de me partager votre bonne humeur et votre folie ! A toutes nos prochaines aventures !

A Marion et Pauline, les copines de collège et à nos "délires".

A Anaëlle, et Soledad, les copines de Lycée ! Sans vous, Gaëlle n'aurait pas existé.

A Ludivine, à nos fous rires depuis la cinquième, à nos "il faut que je te raconte", nos scoops... surtout les tiens. A notre amitié qui tient bon depuis ce temps-là, qui a survécu à nos études exigeantes et à la distance. Dorénavant, je pense qu'elle résistera à tout ! Tu m'as fait grandir.

A Manon et Juliette, amies et voisines d'enfance. Manon, aux meilleures espionnes de l'Epinay. Juju, à nos conversations parisiennes et profondes sur la vie et la mort.

A tous mes amis, merci d'avoir des noms de groupes bizarres, ça rend très bien dans une thèse !

A la famille Chappel, ma famille australienne préférée. Vous me manquez.

A la famille et aux amis de Thomas, merci de m'avoir aussi bien accueillie parmi vous.

A mes tontons et tatas, Christophe, Hélène, Michel et Annie, Guy-Jo et Mie-Luce, Nelly et Patrick, merci pour votre soutien tout au long de mes études ! Et merci de me chouchouter régulièrement !

A mes cousins-cousines, leur amoureux.se et leurs enfants. Tony, Sophie, Loane et Lucas ; Julien, Marielle, Adèle et Margaux ; Maxime ; Cindy, Alex, Laly et Ninon ; François, Marie-Laure, Titouan et Louis ; Jean-François, Delphine, Eugénie, Edgar, Matilda ; Pierre et Emilie ; Aurélie ; Lucile et Paul ; Simon, Sofia, Aksel et Sarah ; Clara et Maxime ; Tara, Calypso, Salomé ; Et entre autres :

Maxime, pour avoir été mon coach de course !

JF et Delphine et les enfants, pour nous avoir transmis votre amour de Montréal et du Québec.

Clara, à nos soirées confidences chez les grands parents dans le grand lit.

Cindy, tu as toujours été un modèle de détermination pour moi et tu l'es encore une fois.

Lucile, Simon, pour votre bienveillance. Vous êtes/serez des parents formidables !

A ma mamy, Mamyline, merci pour ton amour durant toutes ces années. A nos sorties shopping avec les cousines, nos soirées films, nos parties de cartes, ou quand vous étiez des élèves turbulentes avec Titi.

A ma mamy Souchet et mon papi Grieumard, qui me manquent beaucoup.

A ma sœur Tiphaine. Tu es ma petite sœur mais tu es mon modèle sur tellement de points, les valeurs que tu défends sont honorables. Tu peux être fière de la personne que tu es devenue. Et merci pour ce magnifique schéma, meilleure graphiste du monde !

A mes parents, qui me soutiennent dans mes choix, mes voyages, qui ont vécu la P1 au plus près et qui ont permis que je réussisse ! Merci pour tout votre amour depuis le début, et merci d'avoir lu et relu cette thèse ! Je vous aime !

A Thomas, merci de t'être trompé de service de stage il y a six ans pour que l'on puisse se rencontrer... Si tu avais imaginé dans quoi tu t'engageais avec moi hahaha ! Merci d'être mon ami, mon confident, mon amoureux, mon compagnon de voyage, mon pacer, mon PP. Merci pour ton humour, ta persévérance et ta douceur. Je t'aime.

## Liste des abréviations

[illegible]

## Plan

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>DEFINITIONS ET CONCEPTS .....</b>	<b>3</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>4</b>
1. Type d'étude .....	4
2. Sélection de la population .....	4
3. Recrutement.....	4
4. Grille d'entretien .....	5
5. Organisation du Focus group .....	5
6. Entretiens individuels .....	6
7. Analyse.....	6
8. Justification de la méthode .....	7
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>8</b>
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	8
2. Données recueillies .....	9
2.1. Les médecins généralistes parlent de la sexualité après une naissance .....	9
2.1.1. Des occasions privilégiées .....	9
a) Lors de la consultation du post-partum .....	9
b) Lors de la grossesse, en pré-partum .....	9
c) Lors du suivi du nourrisson.....	10
d) Et bien après ! .....	11
2.1.2. Des postures qui diffèrent .....	12
a) Ils questionnent .....	12
b) Ils préfèrent d'abord informer .....	12
2.1.3. Une attention au langage corporel et verbal .....	13
a) En partant du symptôme .....	13
b) Le vocabulaire employé.....	14
c) En observant le non verbal du patient.....	14
2.2. Les médecins ont des représentations quant à la manière d'aborder la sexualité post-natale.....	15
2.2.1. Les aspects de la relation médecin-patient qui freinent ou facilitent le dialogue .....	15
a) Une relation de confiance, purement professionnelle .....	15
b) Le suivi gynécologique .....	16
c) Age et genre .....	16
d) Ce que le médecin peut entendre .....	17
e) Préjugés culturels, socio-intellectuels, et orientation sexuelle.....	18
2.2.2. Difficultés du médecin à questionner .....	18
a) Un manque de disponibilité temporelle du médecin.....	18
b) ... Et de disponibilité psychique de la femme.....	19
c) C'est tabou et intrusif... Mais pas tant que ça !.....	19
d) Question de la norme de la sexualité et de la légitimité à questionner .....	20

e)	Difficulté du médecin à proposer une prise en charge... mais au moins écouter ! .....	21
2.2.3.	Un manque de connaissances et de compétences .....	22
a)	Presque pas de formation initiale et peu de formation continue .....	22
b)	Pas de formation au vocabulaire .....	22
c)	A force de questionner et d'en parler .....	23
d)	Impact de l'expérience personnelle.....	24
2.2.4.	Représentation de la sexualité .....	25
a)	Vécu de leur propre sexualité du post-natal.....	25
b)	Aspects culturels et religieux qui influencent la sexualité du post-natal ....	26
c)	Les mots illustrant leur représentation de leur sexualité .....	26
2.3.	Les médecins généralistes se représentent leur rôle dans les compétences de leur spécialité .....	27
2.3.1.	Leurs représentations des attentes des patients .....	27
a)	Ils veulent que les médecins en parlent spontanément .....	27
b)	Ils attendent des informations .....	28
c)	Ils ne voient pas forcément le médecin comme l'interlocuteur privilégié ...	28
2.3.2.	Dépister .....	29
a)	Les freins à la sexualité post-natale.....	29
b)	Les violences conjugales .....	31
2.3.3.	Accompagner .....	31
a)	Compétences relationnelles du médecin .....	31
b)	Réassurer .....	32
c)	Soulager.....	32
d)	Légitimer les difficultés .....	33
e)	Normaliser le décalage du retour du désir .....	34
f)	Cela fait partie du bien-être général du patient.....	34
2.3.4.	Contextualiser.....	35
a)	Comprendre la dynamique conjugale et favoriser la communication intraconjugale.....	35
b)	Ouvrir la place au conjoint.....	36
c)	S'adapter aux singularités de chaque couple .....	37
2.4.	Les médecins généralistes proposent des perspectives .....	37
2.4.1.	Consultation dédiée « Entretien postnatal » avec une cotation spécifique .....	37
2.4.2.	Autres propositions d'espaces d'écoute pour les couples et pour les pères .....	38
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>		<b>40</b>
<b>1.</b>	<b>Principaux résultats .....</b>	<b>40</b>
<b>2.</b>	<b>Forces et faiblesses.....</b>	<b>42</b>
2.1	Forces .....	42
2.2	Limites et Biais .....	42
<b>3.</b>	<b>Confrontation aux données de la littérature .....</b>	<b>44</b>
3.1.	Résultats conformes aux études antérieures .....	44
3.2.	Résultats peu abordés dans notre étude .....	46
3.3.	Avancées.....	49
3.4.	Perspectives .....	55
3.4.1.	Perspective Métier .....	55

3.4.2. Perspective de formation.....	57
3.4.3. Perspective Pédagogie .....	58
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>59</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>66</b>
<b>1. Guide d’entretien du focus group.....</b>	<b>66</b>
<b>2. Guide d’entretien individuel .....</b>	<b>68</b>
<b>3. Questionnaire remis aux médecins avant le focus group et les entretiens individuels.....</b>	<b>- 70 -</b>
<b>4. Schéma de l’Assurance Maladie concernant l’Entretien Postnatal ...</b>	<b>- 71 -</b>

## INTRODUCTION

L'arrivée d'un enfant entraîne de nombreux bouleversements dans le couple et son intimité. Ces changements sont physiques, psychologiques et sociaux (1). L'avènement du couple parental rencontre le couple conjugal (2). La relation intime du couple et sa sexualité sont modifiées : les jeunes parents rapportent une diminution de la satisfaction conjugale et sexuelle, par comparaison avec la population générale (1,2). Cette période est décrite comme un « quatrième trimestre » et une attention particulière doit être portée à l'intimité du couple (3).

La plupart des couples reprennent les rapports sexuels environ six à huit semaines après l'accouchement (1,4) mais cela ne présume en rien de la qualité de la sexualité et des possibles difficultés multifactorielles rencontrées par les couples pour retrouver une intimité qui les satisfait (physiques, hormonales, psychiques...) (1,5).

Les couples sont en demande d'informations et se tournent préférentiellement vers leurs proches familiaux ou amicaux, puis vers un professionnel de santé (médecins généralistes, sage-femmes, gynécologues, conseillers conjugaux, sexologues,...), et enfin vers internet (5-8). Le fait que les jeunes parents se tournent vers des sources non professionnelles indique leur besoin de réassurance vis-à-vis de la normalité de leur ressenti plus que d'informations médicales avancées (7,9). Le site internet du ministère de la santé « 1000 premiers jours » informe brièvement les couples d'une baisse de la libido à l'arrivée du bébé et leur conseille de prendre le temps qu'il leur faut pour retrouver une intimité et ne pas se mettre de pression par rapport à la reprise des rapports sexuels. Il place la sage-femme comme interlocuteur de choix face à ses difficultés (10).

La thèse d'exercice de médecine générale réalisée par deux angevines, Stéphanie MORGAND et Elsa HAUTREUX, en 2017 sous la direction du Dr Cécile MASSON-BELLANGER a interrogé douze couples sur leur vécu intime après l'arrivée d'un premier enfant. Cette thèse a permis d'identifier le besoin des couples d'évoquer le sujet du bien-être conjugal avec un médecin généraliste, surtout lorsque la communication au sein du couple est plus difficile. Les couples attendaient du médecin qu'il propose une consultation dédiée au cours de laquelle il adopte une attitude bienveillante et attentive (11).

Notre travail s'inscrit dans la suite de cette thèse pour étudier les représentations des médecins généralistes de leur rôle dans l'accompagnement de la sexualité après une naissance. Nous voulons appréhender quelles sont leurs représentations des attentes des couples et comment ils perçoivent leur rôle d'information et de dépistage des difficultés éventuelles de sexualité après un accouchement. Nous allons les questionner sur leurs freins concernant l'abord de la discussion de la sexualité postnatale.

## DEFINITIONS ET CONCEPTS

Le **postpartum** est défini comme la période allant de l'accouchement à six semaines après la naissance.

Le **postnatal** est utilisé comme synonyme du postpartum. Cependant, sa définition est plus floue et correspond à ce qui suit la naissance, sans notion de durée définie. C'est dans ce sens que nous utilisons le terme de postnatal.

A plusieurs reprises dans cette thèse, nous parlons de la **consultation du postpartum** dont la dénomination exacte est « **consultation postnatale** ».



# MÉTHODES

## 1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par méthode focus group, complétée de deux entretiens individuels par manque de participants pour réaliser un deuxième focus group. Les focus groupes et les entretiens individuels ont été réalisés sur un mode semi-dirigé.

La méthode focus group est une méthode de recueil de données qui consiste en des entretiens de groupes, modérée par un animateur, pour collecter des informations sur un certain nombre de questions prédéfinies. (12,13)

L'entretien individuel semi-dirigé, ou semi-directif, est une méthode de recueil de données qui consiste à interroger un individu en guidant son discours selon des questions préparées à l'avance mais en laissant aussi la place à des déclarations spontanées. (14)

## 2. Sélection de la population

La population de l'étude est les médecins généralistes maitres de stage universitaires « Stage Ambulatoire Femme Enfant » (SAFE) du Maine-et-Loire, de Sarthe et de Mayenne. Nous avons choisi cette population car nous avons pensé que le sujet pouvait les intéresser et que leur expertise en suivi de la femme et de l'enfant pouvait être pertinent.

## 3. Recrutement

Nous avons pris contact avec Pre. Christine TESSIER-CAZENEUVE, responsable des MSU SAFE pour valider avec elle la faisabilité du projet.

Nous avons contacté par mail l'ensemble des médecins maîtres de stage SAFE du Maine-et-Loire, de Sarthe et de Mayenne pour leur proposer de participer à cette étude.

Pour le premier focus group, nous avons utilisé la liste des MSU donnée pour les choix de stage, où figurent les coordonnées des médecins. Pour le deuxième, nous avons contacté Me VEYER Laurence, responsable de la scolarité du troisième cycle, qui a transféré mon mail à la mail-list des MSU Safe.

Nous voulions réaliser deux focus group différents avec un nombre de participants au moins égal à six.

## **4. Grille d'entretien**

La grille d'entretien a été construite sur un mode semi-directif puis confrontée à la lecture de la directrice de thèse Dr Cécile MASSON-BELLANGER. Elle a été simplifiée suite à l'envoi de la fiche de thèse au Département de Médecine Générale (DMG), prenant en compte les remarques du Dr Matthieu PEUROIS. Enfin, elle a été confrontée à la lecture de l'animatrice du focus group, Dr Sandra NETO-ANNE.

Les guides d'entretien sont disponibles en annexe.

## **5. Organisation du Focus group**

Le focus group a eu lieu en amont de la demi-journée de formation des MSU SAFE le 31 mars 2022 dans une salle de la faculté de Médecine d'Angers. Nous avons choisi cette date pour permettre au plus grand nombre de venir, surtout pour les médecins venant de Mayenne et de Sarthe et du Choletais.

A leur arrivée, les médecins avaient un questionnaire à remplir avec plusieurs questions concernant leur âge, leur durée d'exercice et d'installation, le type d'exercice, s'ils ont des enfants ou pas, et s'ils ont des qualifications particulières.

Le focus group a été animé par le Dr Sandra NETO-ANNE, qui a une expérience en animation de groupe. Il était convenu qu'elle soit la plus neutre possible et qu'elle suive le guide d'entretien.

L'enregistrement audio du focus group a été réalisé à l'aide d'une caméra et d'un téléphone portable. Il a duré 1h10.

Nous avons voulu organiser un deuxième focus group à plusieurs reprises au début de l'année 2023, sans succès au vu du faible nombre de réponses positives des médecins MSU SAFE.

## **6. Entretiens individuels**

Nous avons donc organisé deux entretiens individuels pour compléter les résultats avec les deux médecins ayant répondu positivement à l'invitation au deuxième focus group. Ils ont eu lieu en avril 2023, l'un au cabinet du médecin, l'autre à son domicile. Ils ont duré respectivement 35 et 40 minutes. L'audio a été enregistré avec un téléphone portable.

## **7. Analyse**

L'enregistrement audio du focus group et des entretiens individuels a ensuite été retranscrit mot pour mot.

Nous avons analysé le verbatim à l'aide d'un tableau sur Word.

Dans la partie résultats, nous le citons en utilisant des guillemets en supprimant les hésitations et redondances pour en faciliter la lecture. Ces coupures seront notées de la manière suivante : [...]. Certaines citations du focus group comportent des dialogues qui apparaissent de la manière suivante : « \_ A : ... \_ B ».

Nous avons choisi de ne pas mettre la retranscription du focus group et des entretiens individuels en annexe. En effet, même si ces données sont anonymisées, certaines caractéristiques de la population pourraient permettre de reconnaître certains participants. De plus, les citations ont été sélectionnées de manière précise. (15)

## **8. Justification de la méthode**

Nous avons choisi la méthode focus group afin d'obtenir les réponses des différents médecins en résonnance avec leurs pairs pour approfondir les propos de chacun. « La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. »(12) Même si le sujet de la sexualité semblait complexe à discuter en groupe, nous pensions que l'attitude entre les médecins serait suffisamment bienveillante pour permettre à chacun de s'exprimer le plus authentiquement possible.

Nous avons complété par deux entretiens individuels afin de saturer nos données et éventuellement d'explorer certains points de la grille d'entretien.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques de la population étudiée

Dix médecins ont été interrogés au cours de cette étude qualitative, huit lors du focus group et deux lors d'entretiens individuels. Neuf sont de sexe féminin et un de sexe masculin. Les âges vont de 36 à 56 ans avec une moyenne de 46 ans. Tous sont parents. Huit médecins exercent dans le Maine-et-Loire, dont deux dans le Choletais, un en Mayenne et un en Sarthe. Deux exercent en rural, un en urbain et sept en semi-rural. Leur durée d'exercice va de sept à vingt-neuf ans avec une moyenne à dix-huit ans. Un médecin est salarié en PMI depuis cinq ans. Les neuf autres sont installés depuis quatorze ans en moyenne (de deux ans et demi à vingt-six ans). Le suivi gynécologique représente selon eux en moyenne 15.5% de leur activité (de 5% à 35%). Le suivi de grossesse représente selon eux environ 6.33% de leur activité (entre 0% et 10%). Quatre médecins ont fait le Diplôme inter-universitaire (DIU) gynécologie, et un le DIU Santé de l'enfant.

## 2. Données recueillies

### 2.1. Les médecins généralistes parlent de la sexualité après une naissance

#### 2.1.1. Des occasions privilégiées

##### a) Lors de la consultation du post-partum

**La consultation du post-partum à six semaines est le temps privilégié par les médecins pour questionner la sexualité depuis l'accouchement.** « B : C'est en abordant dans la consultation du post-partum... ». **La discussion autour de la contraception est le bon moment pour en parler.** « I : Les mamans, elles ont un rendez-vous à six semaines [...] et c'est souvent pour la contraception, donc là carrément, je pense qu'on en parle... » « J : Et souvent c'est au renouvellement de la contraception... » « B : Le choix de la contraception, je trouve que c'est une façon de l'aborder. » **Cette consultation est dédiée à la femme contrairement aux consultations du suivi du nourrisson.** « D : Moi je trouve que la consultation du post-partum [...] c'est le moment où on parle d'elle [...] et là on laisse justement de côté un peu le bébé... même si ce n'est pas leur priorité [...] Elles sont contentes qu'on s'intéresse à elles. »

##### b) Lors de la grossesse, en pré-partum

**Les médecins évoquent la sexualité au cours de la grossesse et commencent à introduire le sujet de la sexualité post-natale.** « C : Je trouve qu'il y a aussi quelque chose qui se prépare lors du suivi de grossesse... Moi j'aborde la question de la sexualité pendant la grossesse et j'essaie d'avoir aussi une petite accroche : "C'est pareil pour la suite, il pourra y

avoir d'autres difficultés, si vous avez besoin, il ne faut pas hésiter". » **Lors du troisième trimestre, les médecins réalisent qu'ils peuvent en parler.** « I : Ou avant la naissance ?! Ça peut arriver parce que parfois quand on se voit au 8<sup>e</sup> mois on n'a pas grand-chose à se dire, à part : "Bon accouchement !" [rires] Finalement on pourrait parler de ça... » **L'avantage dans le suivi de grossesse est la possibilité de voir les couples.** « G : Je trouve que pendant la grossesse et même pour le suivi du nourrisson, c'est le moment où on voit les couples ensemble. » **La préparation à l'accouchement est également vue comme une bonne occasion.** « B : Ça pourrait être un autre hameçon [...] dans des préparations à l'accouchement. » **Cependant, les médecins pensent que les couples ne se sentent pas spontanément concernés par le sujet, surtout pour une première grossesse.** « B : En prénatal, sur un premier enfant, sur une première grossesse, il y a un décalage dans le temps et dans la conception de l'avènement des choses entre l'homme et la femme, et je me demande si les questions sexualité du couple du post-partum, si on les met avant l'accouchement... [dubitative] \_ C : Ça serait très théorique quoi ! \_ B : Ça les effrayerait ! » **Cela pourrait créer une pression ou une peur pour les jeunes parents.** « I : Surtout les premières naissances, les primipares... Je n'ai pas trop envie de leur faire peur non plus... Si je leur dis : "La sexualité, ça risque d'être compliqué" [...] Déjà le bébé, ça va être chaud alors... Je n'ai pas envie de leur faire trop peur. ». **Pour cette raison, l'abord de la sexualité est plus facile avec les femmes multipares.** « I : Les autres, peut-être elles en parlent plus... celles qui ont déjà vécu ça, c'est plus facile ! [rires] »

### c) Lors du suivi du nourrisson...

**Les médecins profitent des consultations de suivi du nourrisson.** « C : Mais par contre, je vois beaucoup les bébés et les nouveau-nés. Je tends toujours des perches :

“Comment vous allez ? Comment s’est passé le séjour à la maternité ? Le retour à la maison etc. ?” et notamment au niveau de l’allaitement, du sommeil ... si l’enfant, il dort dans la chambre des parents, ou pas, et dans quelle mesure tout ça impacte leur intimité. » **Les pères sont de plus en plus présents au cours du suivi du nourrisson et cela peut être lié à l’allongement du congé paternité.** « C : Et on voit beaucoup plus de papas qu’il y a dix ans je pense... dans les consultations du nourrisson... » « I : Grâce au congé paternité, on voit un peu plus les hommes... »

#### **d) Et bien après !**

**Les médecins parlent de la sexualité plusieurs mois après la naissance avec des patientes qui trouvent que leur corps a changé.** « J : Quand vous abordez le poids... 6 mois, un an après [...] Les problématiques sexuelles... Je pense à une jeune femme, qui dit : “Je ne me sens pas belle, j’ai pris du poids depuis la grossesse” mais ce n’est pas en post-partum ! » **Les médecins saisissent des occasions pour questionner bien plus tard dans le suivi gynécologique.** « C : Il y a un autre moment, c’est parfois des années après... le suivi gynéco classique... je peux parfois commenter mon examen si je constate une cicatrice d’épisio, et du coup on peut même questionner la sexualité au moment de la naissance : “Comment ça s’est passé ? Est-ce que ça a été difficile ?” des choses comme ça. Parfois, ça se parle plus longtemps après. C’est peut-être trop tard pour agir... il n’est peut-être jamais trop tard pour agir [rires]... Parfois, elles en disent quelque chose longtemps après aussi ! »



### 2.1.2. Des postures qui diffèrent

#### a) Ils questionnent

**Une majorité des médecins généralistes parlent de la sexualité du post-partum directement. Ils sont moteurs et initiateurs du dialogue à ce sujet.** « D : C'est qu'avant je ne le questionnais pas ... et là je questionne un peu plus systématiquement. [...] Je vais poser la question directement en fait. » **Le sujet est amené au cours de l'interrogatoire souvent à la suite d'un autre motif de consultation.** « A : C'est une question qu'on pose souvent par rapport à la contraception... pour la reprise de la contraception... donc ça vient comme ça dans l'interrogatoire... »

#### b) Ils préfèrent d'abord informer

**Les médecins pensent que cela est plus adapté de donner des exemples concrets aux difficultés potentiellement rencontrées.** « B : Je fais un petit cadre sur le sujet : "Vous savez le changement hormonal ça peut faire que vous avez envie de pleurer des fois, vous n'avez plus envie de prendre du plaisir... ou la communication peut être compliquée..." [...] Après au moins le sujet est un peu abordé... elle sait qu'elle peut ensuite revenir ou consulter quelqu'un d'autre. » « C : Le message c'est plutôt de dire qu'il ne faut pas rester avec des difficultés en se disant "Bah ça va s'arranger tout seul" ou "C'est normal" ou j'sais pas... Oui c'est peut-être normal mais on pourra en reparler quand même. Je fais plutôt sous forme d'une proposition en disant... ils s'en souviendront le moment venu... ou pas... [rires] » **Les médecins informent les hommes des modifications corporelles, hormonales et psychiques que peuvent rencontrer les femmes après un accouchement.** « I : Le sujet est facilement abordable quand même en parlant d'éducation et en parlant de la femme... du coup ça les met moins dans leur truc à eux ! [rires] On leur dit

“Voilà... avec l’allaitement...” pour leur donner des clés... sans leur dire “Alors qu’est-ce que vous en pensez de tout ça ?” [rires]... Ça évite de le gêner... » **Les médecins pensent qu’en questionnant ils peuvent générer de l’inquiétude vis-à-vis de cette période ou créer une pression vis-à-vis de la reprise des rapports.** « B : Je trouve que si c’est que des questions... ça peut augmenter l’angoisse. » « I : Parce que leur dire “Alors la sexualité ça se passe comment ?” [...] Ils vont se dire que c’est quelque chose de normal, que ça devrait être repris [...] C’est là que d’amener de l’éducatif, c’est plus relax ! [...] Leur dire “Voilà, sachez...”

**Le fait d’apporter des informations sans forcément questionner permet au patient de se saisir ou pas de cette occasion pour discuter de la sexualité.** « C : J’ouvre la porte en disant : “Si toutefois, vous avez des difficultés dans la reprise des relations sexuelles ou avec notamment les nuits hachées, le manque de sommeil, la fatigue, ... dans votre intimité, on pourra en reparler si vous voulez ”. » « B : “Vous n’hésitez pas s’il y a quoi que ce soit plus tard, on peut en discuter. Vous savez, après l’accouchement, il y a un examen qui permet de vérifier ça, ça et ça...” Souvent je liste comme ça, les gens peuvent se dire “Tiens, ça peut être le moment, moi j’ai ça” mais n’ont pas forcément envie d’en parler quand on tend la première perche... »

### 2.1.3. Une attention au langage corporel et verbal

#### a) En partant du symptôme

**Les médecins repèrent que la sexualité du post-natal est rarement une demande directe. Cela arrive dans la continuité de la consultation suite à une plainte concernant des douleurs, des saignements, une inquiétude concernant la cicatrice de l’épisiotomie, etc.** « B : Soit les douleurs... la persistance ou pas de saignement... Mais de but en blanc je n’ai jamais eu de femmes qui sont venues avec une question vraiment liée à

la sexualité au premier abord dans la consultation... Et je ne l'ai jamais abordé comme ça non plus, ça fait partie de la prise en charge globale. Donc souvent je parle du corps ou du symptômes... » « I : Ouais, ça ne s'est pas passé comme ça, je lui ai posé son stérilet et après elle a été gênée par les fils du stérilet... donc on en a parlé... et je me suis dit "Ah mais oui elle allaite" et puis "Ah est-ce que vous avez remarqué peut-être un peu de sécheresse" "Ah bah oui carrément !" [rires] Donc voilà c'était plutôt comme ça ! Ce n'était pas une demande directe. » **Une plainte de baisse de libido peut permettre aux médecins de questionner la sexualité post-natale.** « B : Notamment pour la libido, alors là c'est quelque chose qui revient tellement souvent ! [les autres acquiescent] "Je ne veux pas la pilule parce que ça ne me donne plus de libido"... Alors que ce n'est pas forcément la contraception ... Donc j'essaie d'aller en parler à ce moment-là. »

## **b) Le vocabulaire employé**

**Les médecins utilisent le terme de « relations sexuelles » ou de « rapports sexuels ».** « A : Moi je pose la question "Est-ce qu'il y a des relations sexuelles ?" » **D'autres parlent de « câlins », et questionne également les caresses, le toucher...** « D : Je vais leur demander s'ils ont repris les rapports... Enfin, je vais parler de relations sexuelles ! Si c'est difficile, je vais parler du toucher "Est-ce que vous vous touchez ? Si vous avez des câlins ?" Enfin, ce qu'elles entendent par relations sexuelles ... » « B : Oui c'est pour ça que j'utilise "câlins". »

## **c) En observant le non verbal du patient**

**Les médecins sont attentifs à la réaction du patient quand ils abordent le sujet de la sexualité. Le non-verbal du patient va leur permettre de savoir si la personne est ouverte au dialogue.** « B : Ouais, avec l'évitement des yeux ou le positionnement

corporel... On voit si la personne "Ça va" [en s'avachissant en arrière sur sa chaise] ... C'est qu'il n'a pas envie de causer » « H : Des freins... on sent un peu au feeling au moment du dialogue avec la patiente si déjà elles sont à l'aise avec le sujet ou pas ... » **En fonction de ce langage corporel du patient, ils vont continuer ou reporter la discussion.** « D : Et puis, c'est en fonction de la réaction de la femme, c'est vrai, je vois comment elle réagit... Et puis, je vais peut-être insister un peu plus, parce que j'ai peut-être tendance à les voir un peu plus souvent... Et je les fais revenir peut-être un petit peu plus en donnant une excuse... Quand je sens que c'est un petit peu difficile... Voilà pour un examen... »

## **2.2. Les médecins ont des représentations quant à la manière d'aborder la sexualité post-natale**

### **2.2.1. Les aspects de la relation médecin-patient qui freinent ou facilitent le dialogue**

#### **a) Une relation de confiance, purement professionnelle**

**Pour une partie des médecins, il est primordial d'avoir une relation de confiance de médecin traitant-patient bien établie et de longue date, pour pouvoir évoquer ce sujet.** « H : Avec des patientes qu'on connaît bien, au contraire, c'est plus facile... [...] Il y a des jeunes patientes que je suis depuis qu'elles sont ados et je pense avec le temps ça me semblera plus facile d'aborder le sujet, vu qu'on connaît déjà un petit peu le vécu de la sphère intime... » « A : Quand on connaît la personne depuis sa petite enfance, c'est plus facile d'aborder le sujet qu'avec une personne qu'on ne connaît pas du tout... » « J : Si t'as pas une alliance avec le patient, ça ne marche pas ! » **Un médecin se dit que c'est à lui de questionner en tant que médecin traitant.** « I : Non, mais en vrai, je devrais en parler, je

suis le médecin traitant ! » **Pour d'autres, cette relation de longue date fait partie des freins à la discussion.** « C : Ce n'est pas si facile, quand on les connaît bien ... ça peut être un frein aussi... alors que ça peut être plus facile avec quelqu'un de neutre que l'on va consulter exprès pour ça, quelqu'un qu'on connaît moins... » **Il est plus facile de discuter de la sexualité du post-natal avec des patients avec lesquels ils ne sont pas amis en dehors.** « A : J'ai très peu d'amis dans mes patients, mais j'en ai quelques-uns... et ça c'est peut-être un frein... »

## **b) Le suivi gynécologique**

**Les médecins généralistes qui assurent le suivi gynécologique de leur patiente trouvent que cela est plus facile de questionner le sujet.** « B : Après en tant que médecin généraliste, si t'as l'habitude de faire des suivis gynéco et que du coup, tu vas être dans l'organe sexuel... Si au moment où tu parles et tu testes le tonus du périnée ou autre, et là tu parles du plaisir, sécheresse vaginale... Enfin, c'est très fluide... »

## **c) Age et genre**

**Les médecins considèrent que leur âge influence la discussion sur le sujet. Certains pensent que si le médecin est âgé, la patiente va moins se sentir à l'aise pour ouvrir la conversation.** « D : Je vais poser la question directement en fait, parce que je m'aperçois, alors peut-être en vieillissant qu'elles sont moins... j'sais pas, elles me voient plus comme une grand-mère [rires]... Je m'aperçois que ça les rassure quelques fois que je pose la question directement sur les relations sexuelles. » **Pour certains, être jeune médecin ou un interne limite un peu la discussion autour de ce sujet par gêne ou manque d'expérience.** « J : Après, on a le sentiment qu'il faut une certaine bouteille, qu'à

un âge tu ne poses pas la question... [...] Disons qu'à l'âge où ils sont internes... Le fait de dire "Comment se passent les rapports ?" ... Peut-être qu'ils se sentent gênés par rapports à ça... »

**Le genre du médecin peut faciliter ou freiner la discussion ou l'examen clinique.** « J :

C'est lié aussi au sexe de l'interne... Quand c'est un homme ce n'est même pas la peine ! Déjà l'examen des seins, ça devient compliqué. » **Le genre du patient est aussi déterminant :**

**les médecins déclarent moins avoir d'occasion pour ouvrir la discussion de la**

**sexualité avec les hommes.** « A : Et finalement les hommes sont contents qu'on aborde le

sujet parce que pour eux c'est aussi un critère de bonne santé... mais c'est moins [souvent]

que pour les femmes. [...] Oui, plus facilement [avec les femmes], je n'aborde pas ce sujet

avec les hommes plus jeunes... »

#### **d) Ce que le médecin peut entendre**

**Les médecins sont conscients que les patients leur disent ce qu'ils pensent**

**qu'ils peuvent entendre.** « E : Je pense qu'on nous parle que de ce qu'on est capable

d'entendre ! Les patients, ils le sentent, je ne sais pas comment mais... \_ G : C'est parce que

à un moment il a entendu, comme disait [C] tout à l'heure, tu ouvres la porte, ça ne te choque

pas d'en parler, que tu es prêt à entendre et accompagner... » « B : C'est lié à une compétence,

c'est lié à une disponibilité... ou à ce qu'on renvoie au patient ... » « \_ 0 : [G] tu disais qu'il y a

quelque chose qui s'organise ou qui se travaille avec le patient pour qu'il repère qu'il peut

parler de ces questions-là avec le médecin... \_ G : Oui je pense. \_ 0 : Dans la manière où la

relation est construite. » **Si le médecin est à l'aise avec le sujet, la discussion pourra**

**s'ouvrir naturellement.** « G : Après par rapport aux positions, ou aux questions très

techniques, je pense que ça dépend aussi de la facilité de chacun à aborder les choses... Je ne

pense pas que ça soit qu'une question de formation ! » « E : Je m'en fiche de ce que la personne elle fait dans les pratiques, [...] c'est facile de me le dire a priori [rires] ! »

### e) **Préjugés culturels, socio-intellectuels, et orientation sexuelle...**

**Les médecins n'évoquent pas le sujet avec la même facilité en fonction des origines religieuses et culturelles des patients.** « E : Quand tu parles de l'interculturel [...], on est pleins de préjugés, c'est un truc de fou ! Parce que même dans l'interculturel, t'es persuadée qu'une femme voilée ne peut pas du tout parler de sa sexualité... » « B : Il y a des préconçus sur les autres cultures [...] c'est difficile de se détacher de ces histoires, autour de la grossesse, de l'accouchement, du bébé. » **Le niveau socio-intellectuel influence également l'abord du sujet par les médecins.** « E : Si tu es face à quelqu'un qui a l'air diminué intellectuellement, tu vas déjà te dire "Elle ne va pas aborder les choses, elle ne va pas vouloir le faire donc je ne vais pas l'aborder." » **Un médecin se sent moins à l'aise pour discuter avec des femmes homosexuelles.** « O : Et vous ne seriez pas très à l'aise parce que ... ? \_ J : Bah je ne sais pas quelle est leur source de plaisir ! »

## 2.2.2. **Difficultés du médecin à questionner**

### a) **Un manque de disponibilité temporelle du médecin...**

**Les médecins disent manquer de temps pour questionner la sexualité après la naissance.** « B : Je trouve qu'une consultation c'est très court... » « J : C'est déjà lourd une consultation... [...] Il y a déjà du boulot [...] T'as pas la place pour la sexualité ! » **D'autres ont le temps lors de la consultation du post partum bien qu'ils pensent que certains couples auront déjà rencontré des difficultés à ce moment-là.** « I : On n'a pas de

consultation dédiée [...] Si, à six semaines on a le temps ! Une fois qu'on a évoqué la contraception [...], on a le temps d'en parler ! Mais six semaines, ça fait peut-être un peu tard... A mon avis, les conjoints, ils y ont déjà pensé avant... »

## **b) ... Et de disponibilité psychique de la femme**

**Pour les médecins, les femmes sont centrées sur leur bébé et ne sont pas forcément très disponibles à une discussion sur la sexualité.** « J : D'abord, elles viennent pour le bébé, elles ne viennent pas pour elle ! Et en plus, elles ne prennent pas le temps pour elle ! » « E : La plupart du temps à la visite du post-partum, elles n'ont pas repris les rapports sexuels, elles sont très centrées sur leur bébé... Elles sont complètement éteintes avec un mari qui a souvent du mal à trouver sa place. » **Le nourrisson satisfait la libido maternelle.** « E : On a une expérience personnelle, c'est comblant un bébé, ça peut carrément suffire. Donc parler de sexualité à cette période-là, à la fois c'est intéressant et puis parfois je me dis ce n'est peut-être pas le bon moment, parce qu'elles ne sont pas centrées sur leur sexualité à ce moment-là. Et du coup, elles ont tendance à éluder parce qu'elles sont satisfaites émotionnellement par le bébé. »

## **c) C'est tabou et intrusif... Mais pas tant que ça !**

**Les médecins n'osent pas forcément en parler car ils pensent que le sujet est tabou.** « E : Je questionne mais j'ai le sentiment, c'est un préjugé je pense, que c'est un peu tabou. Elles ont changé leur rapport au corps, donc on s'autorise plus forcément à en parler. » **Pour les médecins, la difficulté repose sur le caractère intrusif du sujet.** « C : C'est quand même vraiment rentrer dans l'intimité du couple... ce n'est pas si facile » « I : Peut-être qu'ils trouveraient que la question est un peu intrusive... Parfois, je ne me sens pas d'aller sur



ce terrain-là parce que le thème n'a pas été évoqué du tout donc que ça arriverait un peu comme un cheveu sur la soupe de dire "Alors ça se passe bien ?!" » **Le médecin peut être mal à l'aise à l'idée de questionner ce sujet.** « E : Mais nous on n'est pas très à l'aise je pense pour l'aborder. »

**Cependant, plus les médecins questionnent de façon directe, plus le patient se sent à l'aise.** « G : J'ai l'impression que les patients quand on leur pose la question pour quoi que ce soit... quand on leur pose la question un peu cash, en général ils répondent... » « B : Mais sinon les gens n'ont pas forcément de tabous ! » « E : J'en parle souvent, [...] et en fait, les femmes je ne les trouve pas très gênées... \_C : Non, et moi je suis toujours surpris de ça ! C'est quand on aborde assez directement comme tu disais tout à l'heure ... En fait, ils sont tout à fait intéressés d'en parler... »

#### **d) Question de la norme de la sexualité et de la légitimité à questionner**

**Pour les médecins, le sujet est plus difficile à traiter car il ne s'agit pas d'une pathologie biomédicale pour laquelle la prise en charge fait l'objet de recommandations très protocolisées.** « E : Je pense que ce qui est difficile c'est que ce n'est pas juste un truc mécanique... Ce n'est pas une varicelle ! \_ F : C'est ça, t'appliques pas juste un protocole... » **Aborder la question de la sexualité en consultation est difficile car c'est un sujet non normé.** « A : C'est-à-dire que pour d'autres sujets médicaux, il y a la théorie et on la connaît... Alors que la sexualité, c'est la sexualité, chacun a sa propre sexualité, son propre vécu, ses limites, ses normes... Et donc là, on ne peut pas donner de réponse objectivement... C'est laisser la porte ouverte au dialogue... » **Cela questionne les médecins sur leur légitimité à ouvrir la discussion.** « E : Une relation sexuelle, t'as un côté mécanique mais pas que... donc tout le reste il y a un côté empirique et ça te renvoie à la

subjectivité de ta propre connaissance et expérience... \_ F : Ta propre sexualité... \_ E : Est-ce qu'on se sent légitime, est-ce qu'on se sent compétent dans quelque chose qui est très subjectif ? »

**e) Difficulté du médecin à proposer une prise en charge... mais au moins écouter !**

**Un des freins des médecins à l'abord de ce sujet en consultation est la crainte de ne pas savoir quoi faire de la réponse du patient.** « F : Et puis ça va trop loin ... on n'aura pas forcément les réponses... On ne saura pas forcément quoi leur dire... » « J : [En parlant des internes en stage] Peut-être par peur qu'on leur réponde "Ça ne se passe pas bien !" \_ O : Ah oui, et de ne pas trop savoir quoi faire avec ça quoi... \_ J : Exactement ! Qu'est-ce qu'ils vont faire avec ça... » **Les médecins ne savent pas vraiment quoi proposer en cas de demande du patient.** « E : Sur la sexualité, on a quoi qu'on puisse adresser ?! [...] On n'a pas beaucoup d'outils sur la sexualité ! » **Leur rôle consiste au moins à être une oreille attentive.** « E : Ce n'est peut-être pas toujours d'offrir des réponses mais d'ouvrir la parole et d'être à l'écoute et puis d'entendre... De repérer ce qui semble être pas forcément bien traitant ... Mais il y a une limite dans ce qu'on peut faire c'est sûr... » « O : Voilà, c'est un aspect médical... \_ J : Comme un autre en fait ! [...] Notre rôle c'est aussi d'écouter les gens aussi, dans toutes leurs plaintes... »

### 2.2.3. Un manque de connaissances et de compétences

#### a) Presque pas de formation initiale et peu de formation continue

**Les médecins disent ne pas être formés, lors de leurs études, à questionner la sexualité.** « F : On n'est pas formé ! [...] Dans nos études, sur la sexualité, je ne suis pas sûre d'avoir eu un cours... On a fait du médical mais on n'a pas fait ... On n'a pas eu de cours des sexologues... On est resté très dans la théorie quoi ! » « I : Je ne suis pas formée ! Mais ça fait partie de mes questions fréquentes ! » « B : La sexualité, en tant que telle, à la fac, moi, je m'en souviens pas du tout... \_ F : C'est zéro, je pense ! » « J : Moi, ma génération, on n'a pas eu de formation de sexologie... On ne savait même pas comment était fait un clitoris... »

**Les médecins ont abordé le sujet lors de certains stages, comme en urologie ou en gynécologie, ou en planning familial par exemple.** « B : Un petit peu en stage d'urologie... il y avait un sexologue qui faisait des consultations... et après à partir du moment où on gravite un peu autour de stage lié à la gynéco, lié au planning familial, et tout ça... »

**Les aspects théoriques comme le plaisir féminin sont des notions non évoquées lors de la formation des médecins** « J : Le plaisir de la femme, c'est pas du tout abordé... nulle part ! »

**Les médecins ont participé à des formations lors de congrès ou de formation médicale continue.** « I : En gynéco, tous les ans, ils font une formation le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) ... Il y a souvent un petit topo sur la sexualité et souvent c'est intéressant... Ça donne des clés de discussion pour les patients... Et des infos aussi ! »

#### b) Pas de formation au vocabulaire

**Un des aspects les plus difficiles pour les médecins est d'avoir le vocabulaire le plus adapté pour aborder le sujet.** « A : Moi, je pense que ce qui n'est pas évident aussi, c'est ce que tu disais par rapport à la formation [à F], c'est d'avoir un vocabulaire médical

respectueux de l'intimité de la personne et donc peut-être qu'on n'a pas suffisamment de vocabulaire qui soit juste, bon, adapté... » « B : Non, mais du coup, ça pourrait être bien qu'on se forme un peu ... à nous-même se détacher de nos préjugés, à travailler sur la façon dont on formule les choses... »

### c) A force de questionner et d'en parler

**Les médecins sont de plus en plus à l'aise avec le sujet à force de questionner.**

« I : Faciliter [la discussion autour de ce sujet], c'est mon expérience j'imagine... Mon expérience pro, au niveau des CPEF [Centre de planification et d'éducation familiale], de tout ça... Parler sexualité, c'est ce que j'ai vraiment l'habitude de faire au cabinet... Je n'ai pas l'impression d'avoir trop de barrière. » « A : Au début de mon activité, c'est sûr que je n'abordais pas la question, j'étais très gênée... et le fait d'avoir cheminé, d'avoir une certaine maturité, un parcours de formation, a fait que je suis beaucoup plus à l'aise à poser la question... » **Plus les médecins questionnent, plus ils se sentent à l'aise avec la réponse à apporter.** « E : Et puis de savoir quoi faire de la réponse ! [...] On a peur de se retrouver face à la réponse et de ne pas savoir qu'en faire [...] Une fois que tu en as déjà parlé ailleurs, tu te dis "Si on me dit ça, je saurais plus quoi en faire"... Tu te sens moins démunie. Tu oses plus l'aborder. » **Le fait de questionner régulièrement habitue également les patients à discuter de sujets plus intimes.** « G : En fait, quand on s'habitue aussi... C'est un peu comme les violences, quand on s'habitue à en parler très régulièrement à différentes occasions quand on voit des ados, pour la contraception, pour le suivi de grossesse, etc... Il y a une espèce de cheminement qui se fait, ils sont peut-être moins surpris de nous entendre poser la question. » **Ils acquièrent également des connaissances lors de discussion avec leurs collègues, avec leurs patients ou lors de leurs lectures.** « B : Il y a le sujet

et que ça soit lors de consultation, l'enrichissement des propos aussi des patients... avec nos vies, nos collègues, nos lectures, mais c'est vrai que c'est plutôt empirique que vraiment cadré... » « A : J'ai bossé en centre de planification et j'ai eu des conversations avec les conseillères familiales qui faisaient de l'éducation à la sexualité au collège et au lycée et c'est vrai que je me remémore certaines conversations... j'ai cheminé aussi par rapport à certains sujets... comment questionner les gens... grâce à ces conversations avec des collègues [...] Et donc peut-être que c'est tout ça qui permet d'aborder le sujet plus facilement ! »

#### **d) Impact de l'expérience personnelle**

**Le vécu personnel des médecins influence leur pratique.** « I : De toute façon, toutes nos expériences persos, elles ont un écho sur notre pratique... » **Les médecins donnent des conseils par rapport à ce qu'ils ont vécu aussi.** « C : Moi je l'ai vécu personnellement aussi, la place du papa, je trouve qu'elle est vachement importante... donc j'essaie de le valoriser dans le soutien à l'allaitement qu'il propose à sa conjointe... » **Certains médecins se sentent plus légitimes pour conseiller leur patient s'ils sont eux même parents.** « I : C'est comme suivre des bébés, c'est beaucoup plus facile quand on est parent... [...] C'est plus facile parce que les parents aiment savoir que nous aussi on est passé par là... et donc pareil pour la sexualité, pour les accouchements... ils savent qu'on est passé par là donc du coup c'est plus facile... et on en a moins de mal à en parler aussi, on se sent plus légitime ! » **Leur expérience personnelle et celle de leurs connaissances leur font prendre conscience des difficultés que peut entraîner cette période** « E : Pas à titre professionnel mais à titre personnel, pour avoir entendu parler cette période-là et après du post-partum, ils ont quand même des difficultés qui sont assez interpellantes... et tu te dis "Il n'y a aucune parole autour de ça." »

## 2.2.4. Représentation de la sexualité

### a) Vécu de leur propre sexualité du post-natal

**Les médecins s'expriment sur leur propre expérience de la sexualité après une naissance. Les principaux aspects qui en ressortent sont la fatigue et le centrage sur le bébé.** « I : On est fatigué aussi... la fatigue fait qu'on se souvient mal ! On se souvient mal que les enfants se réveillaient trois fois par nuit, tout ça... C'est difficile de se souvenir le vécu qu'on avait... Voilà, personnellement, les épisios, ça a été un frein énorme clairement ! Le centrage sur le bébé aussi ! C'est un peu ce que je dis, en fait, c'est ce que j'ai ressenti aussi ! Ce n'est pas du tout la priorité ! Voilà, j'ai un conjoint sympa qui n'a pas du tout poussé à quoique ce soit... mais je suis sûre que ce n'est pas la majorité... mais vraiment, lui, il était très attentif à tout ça... et il a attendu le temps qu'il a fallu... Mais clairement ce n'était pas ma priorité... et j'ai attendu plusieurs mois... J'ai allaité plusieurs mois et j'ai attendu plusieurs mois... pour reprendre les rapports comme avant... Par manque d'envie aussi ! » **Le manque de sensation ou les douleurs de l'épisiotomie sont des éléments qui ont freiné les médecins dans leur sexualité à cette période. Un médecin évoque également un corps modifié par la grossesse et par l'accouchement qu'il ne trouvait pas attirant.** « J : Le manque de sensation lié justement à la contraction du périnée... Pour moi, on est centré bébé quoi ! J'suis pas forcément centrée sexualité à ce moment-là... Parce que dans la sexualité, comme je disais, il y a aussi le rapport avec son corps... Moi, ce que j'ai ressenti c'est un corps déformé quand même après l'accouchement... Et ça, ce n'est pas "sex' " entre guillemet... Et pour reprendre possession de son corps, il faut du temps... Pas possession mais ... \_ 0 : Reprendre confiance dans son corps ? \_ J : Ouais, ou avoir un autre regard sur son corps... Parce que si vous ne vous trouvez pas attirante sexuellement, c'est difficile... ». **Ils parlent également de la prise en charge qu'ils ont eu à ce moment-là.** « H : Pour avoir vécu,

moi, ma rééducation périnéale, je me rends compte de ça... c'est le moment pour parler de la sexualité, du ressenti de cette zone... »

## **b) Aspects culturels et religieux qui influencent la sexualité du post-natal**

**Les médecins sont conscients que cette période est impactée par des aspects culturels, historiques, religieux, etc.** « B : Cette période du post-partum et de la reprise de la sexualité, c'est très particulier dans les cultures... et ça peut être aussi très protégé, sur le plan familial, sur l'entraide, etc... alors que nous pas du tout ! [...] Oui, en tout cas, de générations en générations, il y a des périodes de 30 à 40 jours... où de toute façon, une femme ne devait pas... soit s'occuper de son bébé parce que c'était la famille... \_E : Tu sais que c'était comme ça chez nous aussi, ils allaient à l'église... ça s'appelait une "levée" ... Je ne sais plus comment ça s'appelle, environ à 6 semaines... » **Cette période était très cadrée par certains aspects traditionnels qui permettaient parfois à la femme de se sentir plus soutenue.** « B : Là, dans beaucoup de familles que je suis du bas de l'Afrique, c'est encore des choses très respectées, très présentes ! Ça peut parfois faciliter en tout cas cette période... parce que c'est protégé, parce que là je suis jeune maman, et les questions de comment je m'occupe toute seule de mon bébé, comment je reprends une activité, comment je reprends la sexualité, c'est pour après... » **Un médecin émet l'hypothèse qu'en quelque sorte les médecins cherchent à remplacer ce rituel perdu.** « G : En fait, peut-être que le médical regretterait le rituel qu'on a perdu en occident pour ritualiser le post-partum... »

## **c) Les mots illustrant leur représentation de leur sexualité**

**Les médecins ont des mots faisant référence à ce qu'est la sexualité pour eux. Il y a la notion d'envie partagée et synchrone. Il y a aussi beaucoup de pression et**

**d'obligations fantasmées autour de la sexualité.** « E : C'est comment on arrive à être synchrone dans le couple dans le respect de chacun... sur le besoin et l'envie... T'as le droit de répondre au besoin de l'autre si t'en as envie, sans forcément avoir l'envie de la sexualité... Il n'y a pas d'obligations en fait ! [...] \_ C : Oui il y a beaucoup d'obligations qui sont fantasmées. » **Chaque personne a des représentations différentes. Certaines pratiques peuvent paraître « sales » ou dégradantes.** « J : Quelque part ça dépend d'où est la femme, quoi ! Parce que c'est aussi par la masturbation ou en tout cas par la stimulation de la glande clitoridienne... Donc si pour la femme, c'est sale, c'est tabou... enfin, la sexualité c'est compliqué ! Ça dépend des représentations qu'on en a... [...] Ce n'est pas forcément éduquer parce que c'est très personnel... et ça dépend de ce que ta maman t'a dit... de ce que tes copines t'ont dit... et ça dépend de quoi d'autres ? De ce que tu as envie... Et de ce qu'a envie ton mari ! Ou ton partenaire... » **La sexualité évolue au cours de la vie et avec les expériences que l'on en a.** « J : Déjà, en parler avec les internes, je trouve ça bien ! Après ça dépend d'où est l'interne... "D'où elle est" dans le sens "Où elle est aussi dans sa sexualité ?"... Ce qu'elle a appris... Qu'est-ce qu'elle a appris ? Je ne sais pas si on aborde ce sujet-là... »

## **2.3. Les médecins généralistes se représentent leur rôle dans les compétences de leur spécialité**

### **2.3.1. Leurs représentations des attentes des patients**

#### **a) Ils veulent que les médecins en parlent spontanément**

**Les médecins pensent que les patients veulent qu'ils abordent le sujet directement.** « O : Et ils auraient quoi comme attentes ? \_ B : Qu'on en parle probablement



franchement... ». **Les médecins pensent que les patients ne vont pas oser entamer la discussion sur la sexualité du post-natal et que par conséquent, c'est à eux de le faire.** « G : Je pense qu'ils attendent qu'on leur pose la question... La plupart du temps ils ne vont pas eux aborder les choses, par rapport à la sexualité notamment... » « I : Et je pense que pas mal de personne n'en parle pas, alors qu'il faudrait en parler. Alors, ça serait bien qu'on pose la question... »

### **b) Ils attendent des informations**

**Les médecins pensent que les patients veulent des explications concernant la période du post-partum et les changements hormonaux et corporels qui en découlent.** « I : Alors des explications ! Je pense, de l'éducation... Voilà, si les hommes, ils savaient que les femmes qui allaitent, elles ont une sécheresse vaginale plus importante et en plus que ça, ce n'est franchement pas leur priorité... Peut-être que s'ils avaient l'info, ça aiderait... Donc, je me dis qu'ils attendraient des informations... »

### **c) Ils ne voient pas forcément le médecin comme l'interlocuteur privilégié**

**Les médecins pensent que les patients vont d'abord discuter des possibles questionnements rencontrés sur leur sexualité après une naissance avec leurs proches, leurs amis, leurs familles.** « G : Et peut-être qu'aujourd'hui comme il y a moins de structures familiales, avec des couples qui sont parfois loin de leurs parents, ils n'ont peut-être pas forcément de personne à qui en parler... » **Certains médecins pensent qu'ils ne sont pas forcément l'interlocuteur privilégié pour évoquer la sexualité du post-natal.** « G : Dans cette attente-là, je pense qu'ils ne nous voient pas non plus comme des professionnels qui vont pouvoir questionner... » **Pour eux, les patients ne vont pas**

**imaginer que le médecin puisse les questionner sur ce sujet.** « I : Je pense que clairement ils ne s'attendent pas du tout à ce qu'on leur parle de ça à un moment où on est en train de s'occuper du bébé ! » **Pour les médecins, la sage-femme pourrait être un professionnel plus amené à discuter de ce sujet avec les patientes.** « H : Il y a quand même pas mal de chose qui doivent se passer chez la sage-femme, au moment de la rééducation du périnée. J'ai l'impression que c'est plus facile pour elles, à ce moment-là, alors qu'elles sont vraiment pour le côté sexuel... » « I : Après, je compte aussi un peu sur les sage-femmes ! Parce que c'est aussi leur rayon ! Et elles ont parfois des consultations qui durent plus longtemps. Et elles font la rééducation donc elles en parlent... » **Certains pensent que les sage-femmes ont plus l'occasion de voir les patientes en post-partum.** « J : Et le gros biais c'est qu'en post-partum maintenant on est squeezé par les sage-femmes qui font des consultations du post-partum... » **Par contre, les médecins peuvent aussi en discuter avec le conjoint.** « I : Je pense que la sage-femme le fait de façon systématique alors que nous non ! Mais quand même, nous, on a les hommes ! La sage-femme, elle ne voit pas les hommes... »

### 2.3.2. Dépister

#### a) Les freins à la sexualité post-natale

**Les médecins recherchent aussi lors de la consultation les freins à la sexualité du couple. Un des principaux, selon eux, est la présence de l'enfant dans la chambre ou dans le lit parental, ce qui parfois peut être un moyen de la part de la femme de retarder la reprise des rapports.** « F : Réintroduire la vie de couple parce que [...] je trouve que maintenant souvent les bébés ils dorment dans la même chambre que les parents... » « E : Quand il n'est pas dans le lit... C'est une façon de faire barrière et puis d'empêcher l'intimité et

puis ce n'est pas forcément par hasard parfois... Voilà, en tout cas, moi, j'ai senti que parfois bébé restait parce que ça permettait de protéger... ». **D'autres freins sont repérés par les médecins comme l'allaitement, avec les perturbations hormonales induites, la fatigue, etc. L'allaitement entraine la monopolisation des seins par le bébé.** « I : La fatigue et ... l'allaitement, en est un ! [...] La sécheresse vaginale liée à l'allaitement ! Mais l'allaitement en lui-même en est un gros, parce que le bébé est au sein tout le temps ! Donc les seins déjà ils sont [geste de barrière] chasse gardée pour le bébé [rires]... » **Les médecins pensent que si le nouveau-né a un problème de santé, les parents vont encore moins penser à leur sexualité.** « J : Et puis, moi, de façon personnelle, mon enfant a eu un problème cardiaque donc était hospitalisé avec réanimation et tout ça... Donc ce n'était vraiment pas ma priorité ! » « I : Un bébé avec des soucis de santé... Où je me dis plus que c'est encore plus compliqué... » **La voie d'accouchement ou des cicatrices d'épisiotomies peuvent freiner les couples dans leur sexualité selon les médecins.** « I : Une épisio compliquée... où il y a eu beaucoup de douleurs... je ne me lance peut-être pas sur la sexualité... toute façon, ça me paraît un peu compromis... » **Les médecins pensent que le vécu de l'accouchement peut aussi freiner la sexualité post-natale. Pour les médecins, l'accouchement est souvent décrit par les hommes comme un événement pouvant être traumatisant.** « F : C'est vrai que le papa il a besoin... J'ai eu un patient, il avait vu l'accouchement... [rires] Ce n'est pas évident ! » « E : J'ai pleins de copains hommes qui m'ont parlé de la violence de ce qu'ils ont vécu pendant l'accouchement, de la solitude, de l'isolement, de l'angoisse. [...] Parce que je suis d'accord avec toi que c'est violent... [...] Effectivement, c'est impressionnant un bébé qui sort du corps d'une femme... alors quand c'est le corps de ta femme... »

## b) Les violences conjugales

**Les médecins parlent de la sexualité du post-partum avec leurs patientes pour dépister les violences conjugales et sexuelles.** « A : Le fait d'aborder ce sujet à ce moment-là je trouve ça bien... parce qu'elles vont s'en saisir pour parler soit des douleurs d'épisio... soit justement pour dire que le conjoint est harcelant et ça, ça m'est arrivé à plusieurs reprises... C'est de la violence conjugale ! Il veut y aller, et elle, elle finit par céder parce qu'elle est harcelée ... » « E : J'ai aussi des patientes qui m'ont décrit des pressions assez fortes... Huitième, neuvième mois, déjà, ils n'y allaient pas trop alors là maintenant elle a accouché c'est bon... et là du coup t'arrives des fois à des gestes qui sont très limites... Là dernièrement, je parle beaucoup du viol conjugal avec mes patientes... ». **Le fait que les patientes semblent gênées pour parler de la sexualité du post-natal peut cacher des violences conjugales.** « D : Je trouve que quand elles ont du mal à en parler justement... souvent, il faut rechercher des violences conjugales... Quand elles sont très gênées ce n'est pas parce qu'on parle de sexe... Moi, mes patientes, dès qu'on les poussait un peu, c'était ça, en fait... »

### 2.3.3. Accompagner

#### a) Compétences relationnelles du médecin

**La principale qualité à mettre en œuvre, selon les médecins, pour accompagner les couples en post-natal est la compétence relationnelle.** « C : Sur ce sujet de la sexualité du post-partum, la principale compétence qui nous soit nécessaire c'est le relationnel ! [...] Dans pleins d'autres relations, on va acquérir des compétences relationnelles

pour avoir une écoute attentive... une écoute empathique... ce n'est pas spécifique à la sexualité... »

## **b) Réassurer**

**Les médecins pensent que leur rôle est d'accompagner les patientes en les réassurant et en les informant sur le caractère transitoire des symptômes.** « A : Certaines [douleurs] vont rentrer dans l'ordre. » « I : Expliquer et dire que ce n'est pas pour toujours, que ça va revenir... Ce que vous vivez là c'est aussi lié à l'allaitement. » **Ils les réassurent sur la possibilité de reprendre les rapports sexuels si elles le souhaitent.** « F : Je leur dis "Là, c'est bien vous pouvez y aller. On met en route une contraception, vous attendez sept jours et puis hop... Allez-y, vous pouvez avoir des rapports". Je les autorise à recommencer aussi ! ». **Les médecins les réassurent également sur leur corps.** « F : Une réassurance sur le corps ! Et qu'elles peuvent y aller... Elles n'ont pas tant changé que ça aussi... Elles peuvent aussi reprendre leur vie d'avant. » « J : Une certaine réassurance... Un examen gynéco, je reste médical... Et puis j'avoue que je dis aussi qu'il faut reprendre possession de son corps ! »

## **c) Soulager**

**S'il y a des douleurs lors des rapports sexuels, les médecins proposent des solutions pour les soulager et reprendre du plaisir.** « E : Et puis à l'examen, je vérifie pour l'épisio, et si l'examen est sensible, je leur explique, pourquoi c'est sensible, s'il y a une lésion physique, comment elles peuvent gérer pour ne pas en souffrir, mais garder du plaisir pendant le rapport... » « J : Il y a des femmes qui ont des douleurs post-césariennes assez longues... il faut que ça cicatrise [...] Souvent il y a un problème de sensation au niveau du

vagin... Donc la kiné périnéale c'est quand même important [...] Il peut y avoir une sécheresse... J'avais un gynéco qui m'avait dit "Avec les sécrétions, il faut masser l'épicio." »

#### **d) Légitimer les difficultés**

**Les médecins pensent que la grossesse et la naissance vont forcément entraîner des changements dans la vie sexuelle du couple.** « C : J'essaie de faire passer le message que c'est une période particulière dans la vie et dans la vie sexuelle active... Ça peut être une période sujette à des difficultés, quoi. Parce que tous les changements liés au corps peuvent avoir un impact sur la sexualité... ». **Le discours du généraliste se veut déculpabilisant en normalisant les changements hormonaux, corporels, et psychiques.** « I : C'est de déculpabiliser quoi ! C'est de dire "vous savez que c'est normal qu'on prenne le temps... et qu'il peut y avoir pleins de choses qui nous passent par la tête avant l'envie d'un rapport sexuel avec son conjoint." » « B : Moi, je parle beaucoup du changement hormonal, pour aborder aussi le côté moral... [...] et essayer de déculpabiliser... et de dire que c'est normal aussi de ne pas se reconnaître au niveau des réactions, d'humeur, de fatigue... » **Les médecins veulent faire passer le message qu'il n'y a pas de norme ni d'obligation en matière de sexualité après une naissance.** « I : Dire qu'il n'y a pas de norme, déculpabiliser beaucoup ! [...] On n'est pas forcément obligés de reprendre les rapports à un mois de l'accouchement ou à une semaine... [...] Il n'y a pas de norme ! » **La sexualité du post-partum ne se passe pas forcément mal mais pose souvent question.** « I : Donc ça fait quand même pas mal de frein finalement ! [rires] Donc il y a des raisons que ça soit compliqué ! [rires] » « C : Je ne sais pas, en tout cas j'aimerais bien savoir, la proportion de couple qui ont des difficultés en post-natal... parce qu'il y a aussi pleins de gens pour qui ça se passe tout simplement... » B : En tout cas, je ne pense pas qu'il n'y ait pas de changement !

\_C : Oui surement, mais ce n'est pas forcément un problème pour tout le monde ! \_G : Ce n'est pas forcément un problème mais c'est peut-être quand même source de questions pour un certain nombre de couple en fait. »

#### e) Normaliser le décalage du retour du désir

**Le médecin normalise également la possibilité d'un décalage dans le retour de la libido après la naissance.** « E : Peut-être qu'il faudrait accentuer sur le fait que ça doit se faire à deux et que tu n'es pas obligé.e d'avoir envie quand il a envie... Et que c'est normal ! Que ce n'est pas parce que tu es une femme anormale ! » « I : Oui, sur le niveau éducatif, leur dire "Voilà il y a des hormones qui font qu'il y a du lait donc quand ces hormones sont là, il y a une baisse de la libido". » « A : Il peut y avoir des problèmes de moral, des baisses de moral... et de dire que ça fait partie des changement hormonaux... et qu'ils ne sont pas forcément sur la même longueur d'onde au même moment... » **Cette période peut entraîner une souffrance des deux conjoints : l'un par sur-sollicitation et l'autre par frustration.** « E : Après je pense que ça ne doit pas être facile non plus du point de vue des hommes... » « E : Quand elles interpellent sur la question de la contraception et la baisse de la libido... Parfois je les interroge... "C'est différent d'avant ? Bah non... Bah pourquoi vous me dites que vous avez une baisse de libido alors ?" et je les interroge et en fait c'est un partenaire qui est plus demandeur donc là on leur renvoie qu'il y a quelque chose de pas normal donc c'est comment on arrive à être synchrone dans le couple dans le respect de chacun... »

#### f) Cela fait partie du bien-être général du patient

**S'intéresser à la sexualité du patient, c'est s'intéresser à son bien-être.** « J : Le bien-être de la femme en général... Parce que la sexualité c'est qu'une partie du bien-être... »

**Pour les médecins, l'important c'est l'épanouissement personnel lié à la sexualité.**

« E : Mais je trouve que sur un plan médical ce n'est pas ça qui est très intéressant... je m'en fiche s'ils le font à 4, à 5 à 10... avec qui, un homme, une femme... c'est juste est-ce qu'ils sont épanouis et heureux... » **De ce fait, questionner la sexualité fait partie de leur rôle.** « J : Alors est-ce que ça fait partie de notre rôle ? Si on considère que le bien être psychologique des gens fait partie de notre rôle, oui ! »

#### 2.3.4. Contextualiser

##### a) Comprendre la dynamique conjugale et favoriser la communication intraconjugale

**Les médecins cherchent à appréhender la relation du couple.** « D : Sans parler de la relation sexuelle, c'est aussi la relation proche quoi. [...] Plus que la relation sexuelle, c'est aussi [...] la relation qu'ils ont entre eux tous les deux dans le couple. » **Les médecins vont observer comment s'organise ce nouveau système, le système co-parental.** « C : Ce trio couple enfant ... dans l'intimité de la chambre c'est le moment où ça peut évoquer le fait que, voilà, il y a aussi les relations de couple dans ce triangle-là qui sont en jeu... mais c'est plus global, sur le plan affectif... » **Les médecins pensent qu'une principale limite à la sexualité après une naissance est le manque de communication dans le couple.** « I : C'est même un sujet qui n'a pas été évoqué dans le couple... [...] Et peut-être une des barrières, ça serait la communication du couple. » **Face à ces difficultés, le médecin peut encourager un dialogue entre les deux conjoints.** « E : Après c'est aussi d'en parler avec son conjoint, d'ouvrir les dialogues là-dessus, de pouvoir exprimer "Je ne me sens pas prête, j'ai peur, j'ai mal". » **Une difficulté dans la sexualité du post-natal peut aussi traduire**



**une difficulté de la communication en général et le médecin peut être là pour l'encourager.** « G : C'est peut-être le moment aussi comme tu dis de lancer l'idée que peut-être qu'un dialogue entre eux à l'occasion... Peut-être pas que de la sexualité en termes de sexualité pure mais en terme aussi de relations affectives de couple... »

## **b) Ouvrir la place au conjoint**

**Les médecins pensent que cette période peut être source de difficulté pour le père.** « E : Effectivement ça serait peut-être bien que j'en parle avant pour anticiper la place du mari dans cette période très particulière pour qu'elle soit plus mise en avant... On est très dans le féminin aujourd'hui et parfois je pense qu'on oublie le masculin... Et certains maris sont particulièrement en souffrance... [...] je trouve que ce n'est pas toujours facile pour eux. ». **Les médecins encouragent parfois la patiente à proposer à son conjoint de l'accompagner en consultation.** « G : Même si pendant la grossesse, la patiente vient souvent toute seule en consultation... et je l'encourage à ce que son conjoint ou sa conjointe vienne avec elle... en lui disant peut-être qu'il a des questions, peut-être qu'il a des choses à dire aussi... » **Cela permet aux médecins de voir quelle place a le conjoint dans le trio parents-enfant.** « [C] : Ça me permet aussi de savoir comment est-ce que le papa se place par rapport à l'enfant... aidant ou pas aidant, présent ou pas présent, et puis du coup comment il se place dans la relation à côté de sa femme. » « E : Moi, je trouve ça intéressant d'arriver à observer les conjoints... Parce que du coup tu vois déjà la relation tu sais en fonction de quelle place elle lui laisse, il a le droit... [...] Tu vois quelle place il occupe... Tu vois des conflits émergés, tu vois des choses... »

### c) S'adapter aux singularités de chaque couple

**A travers leur parole, les médecins semblent tenir compte des singularités de chaque couple, concernant l'attirance sexuelle...** « B : Il y a parfois des couples homosexuels de femmes, mais c'est plus rare... » « I : Ça peut arriver que ça soit un couple homo... et à ce moment-là, est-ce que ça change les choses ? Celui qui n'a pas accouché, je pense qu'il y pense avant ! » « J : Et là je n'ai pas parlé des sexualités lesbiennes. » **... ou concernant la culture ou la religion.** « J : Lié à leur conviction religieuse parfois ! J'ai eu des jeunes femmes qui ne voulaient pas mettre de stérilet... de par leur conviction religieuse » « B : Que ça soit un couple avec deux cultures différentes, ou un couple qui ont la même culture mais qui ne vivent plus dans leur pays... »

## 2.4. Les médecins généralistes proposent des perspectives

### 2.4.1. Consultation dédiée « Entretien postnatal » avec une cotation spécifique

**Les médecins sont favorables à une consultation dédiée pour le couple où le conjoint aurait sa place.** « B : Tout dépend comment ça s'intitule parce que, oui, laisser une place au papa et qu'il y ait aussi une consultation pour le couple ça pourrait être une très très bonne idée. [...] Mais vraiment pour le couple... parce que si c'est une consultation où le corps de la femme, ou les hormones, reprend le dessus... le monsieur il va juste accompagner... » **Ils aimeraient faire un « entretien postnatal » (en référence à l'entretien prénatal du 4<sup>e</sup> mois de grossesse) pour évoquer la sexualité mais aussi d'autres sujets comme la communication dans le couple, l'éducation, etc.** « B : Je pense que [...] s'il existait une consultation du post-partum pour le couple [...] je pense que ça laisserait un temps de parole pour la communication au sens large ! \_ C : Comme l'entretien prénatal, on ferait un entretien

post-natal ! \_ E : Mais pas que sur la sexualité ! \_ B : Oui, sur la communication physique, les choix éducatifs, les changements dans leur schéma familial. » **Certains pensent que cet entretien peut également être fait par la sage-femme.** « C : Moi je serai assez intéressé par un entretien post-natal comme on fait l'entretien prénatal... Un truc qui engloberait comme ça la santé globale de la femme et du couple, donc la question de la sexualité, quelques mois après... \_ B : Que soit médecin ou sage-femme... \_ C : Ouais, ça peut être fait par différentes personnes... » **La principale limite à cette consultation dédiée est le manque de disponibilité psychique des patients, comme vu précédemment, le manque de temps, voire le manque d'intérêt** « B : Au début, je me suis dit "est-ce qu'ils vont venir ?" [rires] [...] Tout le monde ne se sent pas concerné, je pense... » **C'est pourquoi un médecin préfère intégrer la discussion de la sexualité du post-natal à une consultation déjà existante.** « I : A mon avis, elles ne viendraient pas, s'il y avait une consultation "sexualité" de prévue à 3 semaines par exemple... [...] Parce qu'elles viennent déjà à 15 jours pour le bébé, à 1 mois pour le bébé... et à six semaines pour elle, ça fait beaucoup ! Donc à intégrer effectivement... » **Les médecins veulent du temps pour cette consultation du post-natal.** « C : Il faudrait une consultation d'une heure trente ! [rires] » **Le fait d'avoir une cotation particulière pourrait être intéressant pour prévoir du temps pour le couple.** « O : Et l'idée qu'elle soit prise en charge d'une autre manière ça vous semblerait pertinent ? \_ E : Si ça nous donne du temps ! Si ça nous donne 40-1h minutes pour la faire, oui ! Si l'idée c'est ça... »

#### 2.4.2. Autres propositions d'espaces d'écoute pour les couples et pour les pères

**Certains médecins ont l'expérience de groupes de parole organisés pour les pères.** « B : Dans le Sud, en clinique, il y avait des groupes de paroles post-partum pour les papas... » **Cela permet de leur ouvrir un espace pour parler de leur vécu de**

**l'accouchement, de leur vécu de la paternité.** « A : Ça permet au papa d'évoquer ce qu'il a vécu... » **Les médecins envisagent un groupe de parole pluriprofessionnel.** « E : D'animer un groupe de parole un soir à plusieurs professionnels, ça peut être tout autant intéressant qu'une simple consultation... » **Mais, là encore, les médecins se heurtent à un manque de disponibilité des couples.** « I : Oui, c'est dans la maison de santé qu'on fait ça [le groupe de parole pour les parents] ! [...] Tout ce monde-là [les différents professionnels] alterne en binôme avec une psychologue pour faire un sujet de parole ! Voilà, il se trouve qu'on doit se voir parce que ça ne fonctionne pas. [...] On pense que c'est un problème d'horaires ! » **Un des médecins évoque le fait qu'un groupe de parole est peut-être trop engageant. Certains couples ne veulent venir par gêne de parler de leur sexualité devant d'autres personnes.** « I : Quand on y est dans cette tisanerie, il y a deux-trois couples, mais c'est quand même assez intimiste, [...] c'est assez engageant quand même sur le plan personnel... donc c'est peut-être un peu trop engageant... » **Les médecins utilisent leur vécu pour adapter la façon d'accompagner le patient.** « I : On a pensé à nous et on a dit qu'est-ce qu'on aurait aimé qu'on nous propose. Et clairement, j'suis pas sûre que je serais allée à une réunion sur la sexualité après mon accouchement ! »

# DISCUSSION ET CONCLUSION

## 1. Principaux résultats

Les médecins généralistes interrogés pensent qu'ils ont un rôle dans l'accompagnement de la sexualité des couples après une naissance.

Le moment privilégié reste la consultation du post-partum à six semaines. Cependant, certains médecins préfèrent évoquer le sujet en présence du conjoint pendant le suivi de grossesse ou du nourrisson, ou à partir d'un symptôme apporté par la femme, l'enfant ou le couple, parfois longtemps après.

Nous repérons deux attitudes du médecin : questionnement direct et formulation informative considérée moins intrusive.

Les médecins amènent le sujet de la sexualité progressivement à partir d'une plainte liée à la modification corporelle du post-partum ou concernant la libido. Ils pensent qu'il n'y a pas de norme concernant la sexualité post-natale et que chacun peut reprendre les rapports quand il l'entend.

Ils repèrent que les couples questionnent leur sexualité à cette période sans que cela ne devienne problématique si la communication intraconjugale est bonne. Alors, ils adoptent une attitude de réassurance et accompagnent le cheminement de pensée.

Ils savent qu'un décalage dans le retour du désir entre les deux conjoints existe à cette période et prennent le temps de l'expliquer au couple. Les médecins sont alors attentifs au langage corporel et infra-verbal des patients. En cas de gêne ou de résistance, les médecins s'alertent sur l'existence d'une conjugopathie préexistante ou débutante, voire de violences conjugales et sexuelles.

Les médecins sont plus ou moins à l'aise avec l'abord du sujet, le vocabulaire utilisé et les réponses à apporter au patient. Ils se sentent insuffisamment formés sur la question. La relation de confiance médecin-patient, leur vécu personnel de la période du post-partum, leur savoir-être expérientiel de médecin et leur compétence relationnelle sont les principaux facteurs facilitants.

Les médecins décrivent leur rôle habituel dans une prise en charge globale des patients, et dans la prise en compte de la complexité individuelle. Cependant, ils ne se reconnaissent pas comme professionnel de premier recours sur le sujet.

Les médecins déplorent un manque de temps. C'est pourquoi ils souhaitent une consultation dédiée au couple pour évoquer les effets de l'arrivée de l'enfant et la sexualité postnatale. Ils envisagent pertinent un entretien postnatal avec une cotation conventionnée, en écho à l'entretien prénatal. Par ailleurs, d'autres espaces d'écoute ont été proposés comme des groupes de parole pour le couple ou pour les pères.

## 2. Forces et faiblesses

### 2.1 Forces

La spécificité de notre étude est le choix de la méthode de recueil de données par focus group. Nous pensons que cette méthode a permis une confrontation des réponses des médecins les uns avec les autres. Cela a mis en évidence des lignes communes dans les pratiques, et également, des différences.

Notre étude est originale de par l'utilisation de deux méthodes de recueils de données sur le sujet. Les deux entretiens individuels ont permis de compléter les résultats sans que les médecins soient influencés. Nous avons également pu évoquer le vécu personnel de leur intimité de couple après la naissance de leurs enfants, ce qui n'apparaît pas dans les études antérieures.

Une des forces de notre étude est de ne pas avoir limité le sujet au post-partum stricto-sensu, qui est défini par les six semaines après l'accouchement. Cela a donné aux médecins une plus grande liberté de réponse quant à leur vision de l'accompagnement des couples.

Enfin, notre étude s'est concentrée sur les représentations des médecins de leurs rôles, leurs freins à l'abord du sujet et leurs représentations de la sexualité du post-natal, là où les études antérieures recueillaient leurs pratiques.

### 2.2 Limites et Biais

Nous avons rencontré des **difficultés de recrutement** pour organiser le second focus group lors du premier trimestre de l'année 2023. Cela peut s'expliquer par la fatigue des

médecins liées à l'augmentation des demandes de consultations avec les épidémies hivernales, le contexte de négociation avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les grèves répétées et la forte sollicitation des médecins à répondre et participer à des thèses.

Une des principales limites de notre étude est **le biais de sélection** des médecins participants à l'étude qui ont été inclus sur le critère de Maître de stage SAFE. Nous sommes conscients que cela n'est pas représentatif de la population de médecins généralistes. Les départements de la Mayenne et de la Sarthe sont malheureusement peu représentés dans notre étude. Cela peut s'expliquer par la tenue du focus group à Angers.

Nous pouvons noter l'absence de parité de la population de l'étude devant la présence d'un seul homme. En France, en 2018, 46% des médecins sont des femmes mais elles représentent 59% des 8600 médecins nouvellement inscrits à l'ordre (16). En Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne, les femmes représentent respectivement 51, 45 et 40% des médecins en 2020 (17). « Il existe un lien statistique tout à fait significatif, inversement proportionnel, entre le taux de féminisation de la population des médecins actifs et l'âge moyen de ces médecins à l'échelle des départements » (17). Enfin, dans la population des MSU SAFE de la faculté d'Angers, la très grande majorité sont des femmes (36 sur 40 en 2022).

**Un biais de subjectivité** de l'enquêteur a pu survenir lors de ces deux méthodes de recueil de données. En effet, certaines relances ont pu influencer la réponse de l'interviewé.

Lors du focus group, nous avons observé **un biais de leadership** avec certains médecins qui prenaient plus la parole et avaient un impact significatif sur le groupe.

Enfin, **un biais de mémorisation** peut être soulevé quand les médecins évoquaient leur vécu personnel ou s'ils avaient déjà reçu un patient avec une demande directe sur la sexualité du post-partum.



### **3. Confrontation aux données de la littérature**

#### **3.1. Résultats conformes aux études antérieures**

Selon les données récentes de la littérature médicale, les moments propices pour aborder le sujet de la sexualité du post-partum sont : le suivi de grossesse, la préparation à l'accouchement et à la parentalité, la suite de couche, la visite postnatale, la rééducation périnéale et le suivi du nourrisson (8,18,19). La Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations de 2005 conseille « d'aborder les questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels ainsi que les difficultés éventuelles » lors de la consultation postnatale de la mère ayant lieu vers 6 à 8 semaines après l'accouchement (20,21). Une étude australienne de 1998 a interrogé par questionnaire 715 médecins généralistes sur ce qui doit faire partie, selon eux, de la consultation du post-partum parmi plusieurs items proposés. Pour la moitié des médecins généralistes australiens interrogés, les troubles de la sexualité doivent toujours être questionnés (22). Les médecins interrogés, dans le cadre d'une thèse réalisée en 2018 dans le Nord-Pas-de-Calais nuancent la recommandation de la HAS : même si la consultation du post-partum reste le moment privilégié, avec la reprise de la contraception, le dépistage des difficultés de reprise des rapports sexuels s'envisage dans les 3 à 6 mois après l'accouchement (23).

Cette même thèse retrouve une posture questionnante et une posture informative du médecin (23). Dans le cadre d'une thèse réalisée en 2012, 83 médecins généralistes des départements des Yvelines, Haut de Seine, Essonne, Val-de-Marne, et Val d'Oise ont répondu à un questionnaire sur leur place dans la sexualité des femmes après la grossesse : 14% posent systématiquement des questions pour dépister les troubles sexuels des jeunes couples,

et 46% parfois.(7) Ces différences d'attitudes sont retrouvées dans une thèse sur la sexualité en général. (24)

Les médecins ne se sentent pas à l'aise pour questionner le sujet par manque de formation (7,23,25), manque de temps (23,25), peur d'être intrusif (23) ou par tabou culturel (7). L'absence de réponse médicale protocolisée limite les médecins dans l'abord de la sexualité du postnatal (23,25). Le genre et l'âge ne sont pas discriminant comme dans notre étude (23). Dans l'étude australienne, le sujet est un peu plus abordé par les médecins femmes que les médecins hommes (OR 1.3 (1.0-1.6)) (22). Ces freins sont similaires à ceux limitant l'abord de la sexualité en général en consultation.(26)

Dans notre étude, les médecins pensent que les patients attendent du médecin qu'il évoque le sujet spontanément et directement. Ce résultat est pertinent et correspond aux attentes des patients. En effet dans la littérature, beaucoup de femmes restent sans réponse à leurs questions (7) et attendent pour la plupart que les professionnels de santé évoquent le sujet (8,11,18). Dans un mémoire de sage-femme, seulement 17.5% sur 188 femmes ont reçu des conseils sur la sexualité post-natale par un professionnel de la santé à 8 mois après l'accouchement (27).

Une thèse de médecine générale de 2019 montre que les patientes sont intéressées pour recevoir une information sous plusieurs formes : groupe de parole guidé par un professionnel de santé (médecin, sage-femme) pour échanger avec d'autres femmes, ou une consultation de couple pour que le conjoint puisse mieux comprendre l'impact physique et psychologique de la grossesse et de l'accouchement sur la sexualité de la femme (8). Cependant, selon une thèse de médecine générale, 85% des femmes préfèrent être seules avec leur médecin plutôt qu'en présence de leur conjoint pour discuter du sujet (7). Cela

montrait l'intérêt d'évoquer la sexualité postnatale à plusieurs occasions comme ce qui est proposé par les médecins de notre étude.

Les médecins de notre étude cherchent à rassurer les femmes sur le caractère transitoire des difficultés et sur le caractère universel des modifications du corps lié à la grossesse. Cela correspond aux attentes des femmes (8,28). Certaines femmes attendent la consultation du post-partum de la sixième semaine pour avoir le feu-vert du médecin à la reprise des rapports (29). Dans leur intervention, les médecins conseillent aux couples de verbaliser entre eux et de prendre le temps pour retrouver une intimité qui leur convienne. Lorsqu'il y a des sécheresses ou des douleurs, les couples peuvent utiliser des lubrifiants.(23,25) Les médecins sont convaincus de l'intérêt de la rééducation périnéale.(23)

### **3.2. Résultats peu abordés dans notre étude**

Les médecins interrogés sont tous maitres de stage. Cependant, à travers notre étude, la transmission de leurs compétences aux internes n'apparaît que dans un entretien. La grille d'entretien ne contenait pas de question sur le sujet et cela n'est pas arrivé spontanément dans la discussion entre les médecins du focus group. Les médecins déplorent un manque de formation initiale, c'est pourquoi l'un d'entre eux nous explique en parler avec ses internes pour les habituer à questionner le sujet avec des questions ouvertes.

Dans une étude quantitative réalisée en 2005 à Saint-Etienne, 47% des 32 internes interrogés ne sont pas à l'aise pour répondre aux plaintes sexuelles rencontrées : la plupart par manque de formation et parce que le sujet est tabou. Aucun n'a répondu que cela ne concerne pas le médecin généraliste ou que cela est non médical. 14% ont eu une formation

universitaire et 19% extra-universitaire. Les internes ont répondu à 94% avoir besoin d'une formation sur la sexualité, axée sur la sexologie, et la thérapeutique (30).

De plus, les patients sont parfois gênés par la présence d'un interne en consultation si le motif touche à l'intimité, d'autant plus si l'interne est de sexe opposé (30,31).

Nous n'avons pas trouvé d'étude qui décrit la façon dont les MSU transmettent l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale à leurs internes.

Les médecins ont évoqué des changements hormonaux mais ne parlent pas spécifiquement de la dépression du post-partum. En effet, une étude montre que la dépression ou l'anxiété sont des facteurs de risques de problématiques sexuelles après l'accouchement, et cela peut permettre une intervention précoce (32,33). Une autre étude relève que la difficulté des femmes à satisfaire le désir de leurs partenaires est à risque de dépression du post-partum. (34)

Les médecins ont montré leur intérêt concernant la place du conjoint. Les médecins ont évoqué la possible souffrance du conjoint en réaction aux changements corporels, et libidinaux de la femme, mais ils n'ont pas décrit les changements psychiques intrinsèques aux conjoints. La libido masculine peut être entravée par la fatigue, le nouveau statut social de père, le passage de leur compagne « d'amante à mère », la peur de faire mal à leur compagne et les modifications corporelles de la femme. (35)

Dans notre étude, les médecins généralistes ne pensent pas être les premiers interlocuteurs pour la sexualité du post-natal. Pourtant dans les études, les patients donnent au médecin une place importante. Les femmes apprécient sa vision globale de leur santé et son rôle de dépistage (8). Comme dans notre étude, la relation de confiance apparaît comme

primordiale, et le fait que le médecin généraliste réalise le suivi gynécologique facilite la discussion de la sexualité post-natal (8). Il est aussi plus accessible pour l'homme que la sage-femme (8). Les études parlent quand même de la sage-femme comme interlocuteur de choix (19,23). Cela peut s'expliquer par le caractère tabou et non biomédical du sujet, le manque de formation initiale du médecin qui le limite dans son intervention, et le manque de confiance en ses compétences d'accompagnement et de prévention sur ce sujet, et sur la sexualité en général.

Les médecins ont peu conscience de l'impact d'une intervention de prévention sur la sexualité postnatale. Une étude Iranienne de 2020 montre qu'un accès à une information sur la sexualité pendant la grossesse dans le cadre de programme de formation des couples augmente la satisfaction conjugale après la naissance d'un premier enfant (36).

Un Entretien Postnatal Précoce (EPNP) a été mis en place en juillet 2022. Il peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin entre la 4<sup>e</sup> et la 8<sup>e</sup> semaine du postpartum. Il a pour objectif le dépistage de la dépression postnatale. Pour rappel, le focus group a eu lieu en mars 2022, et les deux entretiens individuels en avril 2023. Lors de ces derniers, il n'y a pas eu d'évocation spontanée de cet EPNP.

### 3.3. Avancées

Notre travail met en évidence que l'accompagnement de la sexualité du post-natal s'inscrit dans les compétences de la spécialité de médecine générale, décrites par la marguerite des compétences (37). Nous avons retrouvé les différentes compétences du médecin généraliste : la prévention, la relation centrée patient, et la prise en compte de la complexité individuelle dans le système familial.

La sexualité du postnatal s'inscrit dans la prise en charge globale de la santé et de la santé sexuelle selon les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »(38). « La santé sexuelle [...] s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. » (39).

Les médecins de notre étude utilisent le motif de la sexualité postnatale pour dépister les violences conjugales et les viols conjugaux. Les médecins sont conscients que la grossesse et le post-partum sont des périodes à risque. Une étude de 2019 met en évidence 1.8% de femmes victimes de violences physiques pendant la grossesse en France (40). Ce chiffre peut sembler bas, mais cela représente 14000 femmes par an en France. De plus, les résultats ont pu être sous-estimés car le questionnaire ne comportait qu'une seule question sur les violences physiques, sans prendre en compte les violences sexuelles ou psychologiques. Une étude multicentrique de l'OMS fait ressortir que plus de 5% des femmes sont victimes de violences conjugales pendant leur grossesse dans 11 des 15 centres étudiés dans 10 Pays de 2000 à

2003. Cette même étude montre que la plupart des femmes victimes de violences pendant leur grossesse ont déjà été violentées dans le passé. Cependant, entre 13% et 50% des femmes, selon les sites, le sont pour la première fois pendant leur grossesse (41). Nous n'avons pas trouvé de chiffre de violences conjugales au cours de la période postnatale.

Le concept des « milles premiers jours » correspond à la période de la conception de l'enfant à ses deux ans, durant laquelle son cerveau est très vulnérable car immature (42,43). Lors de la grossesse, si la mère subit un événement anxiogène et traumatique, comme c'est le cas des violences, elle produit des éléments biologiques de stress comme le cortisol qui passent la barrière placentaire, et inondent le liquide amniotique et le cerveau de l'enfant, et en modifiant son expression ADN (44). A travers ce concept des « milles premiers jours », nous voyons l'intérêt de questionner le bien-être conjugal et la sexualité postnatale sur le développement de l'enfant.

Une consultation dédiée serait pertinente selon les médecins. Elle permettrait au médecin généraliste d'échanger avec le couple sur la place et le rôle de chacun dans le nouveau système parental. Au cours de cet entretien, les médecins pourraient dépister les conjugopathies et violences conjugales, qui sont un enjeu de Santé Publique majeure (40).

Stéphanie MORGAND et Elsa HAUTREUX dans leur thèse en 2017 sous la direction du Dr Cécile MASSON-BELLANGER, concluent sur l'intérêt des couples pour une consultation qui leur serait dédiée pour évoquer avec le médecin leur intimité après une naissance. Elles décrivent à l'aide d'un schéma la temporalité de cette intimité. Les couples racontent une attention tournée principalement vers l'enfant dans un premier temps. Le système parental domine initialement et laisse peu de place au système conjugal. Puis, on note un retour du

désir qui intervient à des périodes différentes, en général plus tôt chez l'homme. Finalement, la sexualité reprend après adaptation de chacun aux envies de l'autre avec possibilité dans un premier temps de privilégier une sexualité non coïtale. La communication et la narrativité du couple sont déterminantes dans la restitution d'un équilibre. (11)

Une des avancées de notre étude est la prise en compte de la temporalité des patients par les médecins.

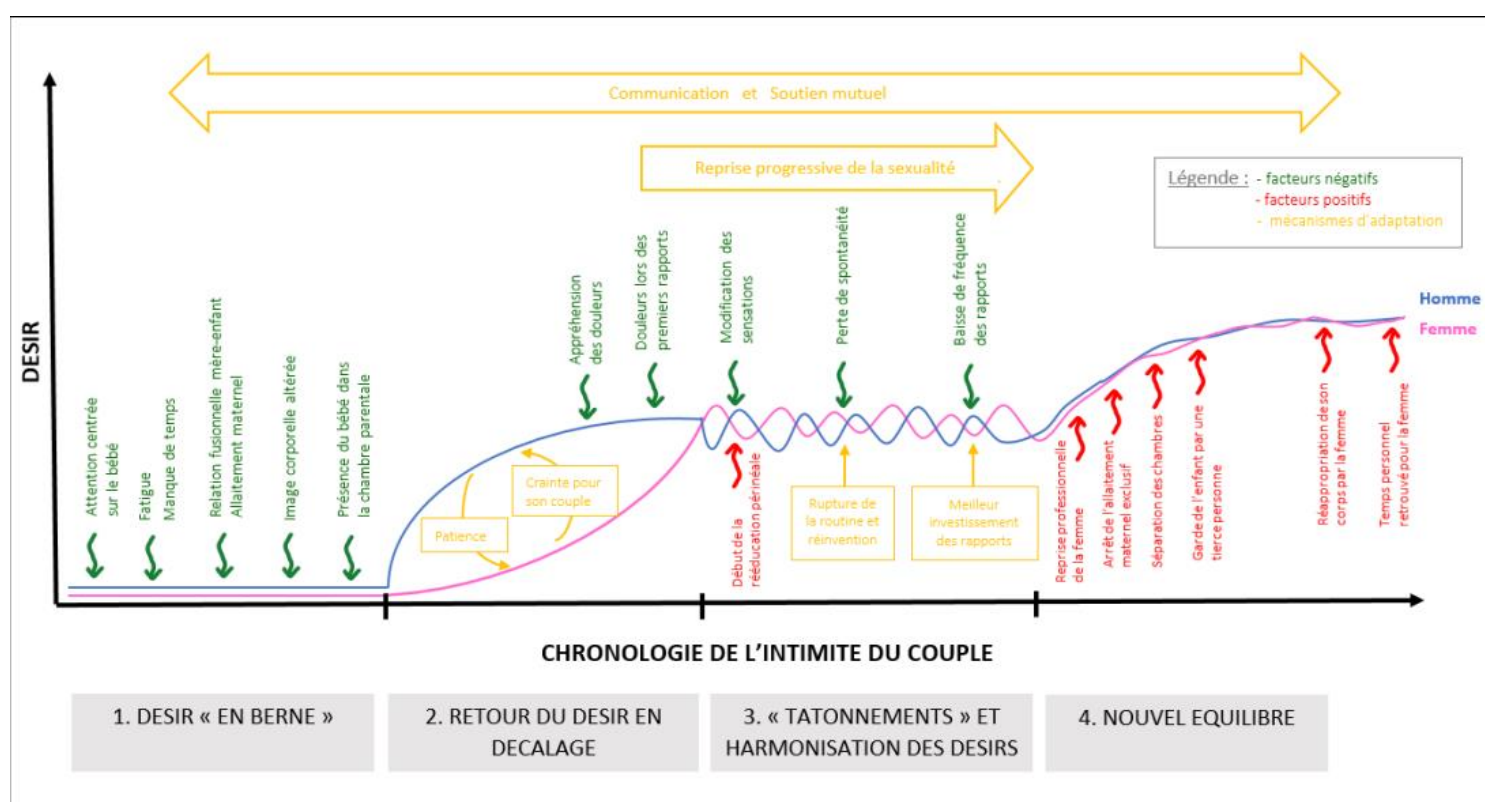


Figure 1 : Evolution du désir dans le couple à l'arrivée du premier enfant.

Schéma issu de la thèse des Drs Stéphanie MORGAND et Elsa HAUTREUX



Nous pouvons donc mettre en parallèle la temporalité des patients et celle du médecin au cours du suivi de grossesse et du suivi postnatal pour discuter du sujet. Pour le médecin, la prévention commence dès le « pré-partum » : la temporalité du médecin précède celles des patients, surtout dans le cas des nullipares, comme dans la thèse angevine.

En conclusion, nous proposons un schéma résumant les représentations des temporalités d'accompagnement de la sexualité postnatale par les médecins généralistes avec un nouveau temps dédié appelé « Entretien post-natal ».

Six temps ont été identifiés par les médecins pour accompagner la sexualité du post-partum.

En pré-partum, les actions des médecins sont axées sur la prévention. Les consultations du suivi de grossesse et l'Entretien Prénatal précoce peuvent être l'occasion pour le médecin généraliste de questionner la sexualité pendant la grossesse et d'informer sur les possibles difficultés qui pourront avoir lieu lors de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement.

En post-partum, les médecins proposent également une information, mais vont aussi dépister les douleurs et proposer des solutions pour les soulager. Ils accompagnent les couples et légitiment les difficultés à la reprise des rapports sexuels, tout en dépistant les conjugopathies et violences conjugales.

La consultation postnatale, entre la 6<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine, est dédiée à la femme et permet de s'intéresser au vécu de l'accouchement. Les médecins abordent la sexualité à travers le motif de la reprise de la contraception.

Lors des différentes consultations du suivi du nourrisson, les médecins sont attentifs au couple ou à la patiente. Un symptôme du nourrisson peut également traduire un mal-être conjugal. Ils proposent si besoin une nouvelle consultation pour les parents.

A travers cette thèse, les médecins ont évoqué leur intérêt d'avoir un temps dédié avec le couple quelques semaines ou mois après la grossesse pour accompagner la parentalité et l'intimité du couple, qu'ils appelleraient « Entretien Post-Natal ».

Les médecins pensent leur rôle d'accompagnement de la sexualité du postnatal également des mois voire des années après la naissance, quand la femme évoque la transformation de son corps ou des douleurs persistantes.

Plusieurs facteurs influencent l'aisance du médecin pour évoquer le sujet, comme principalement la relation médecin-patient, la formation, le vécu personnel, et les aspects culturels.

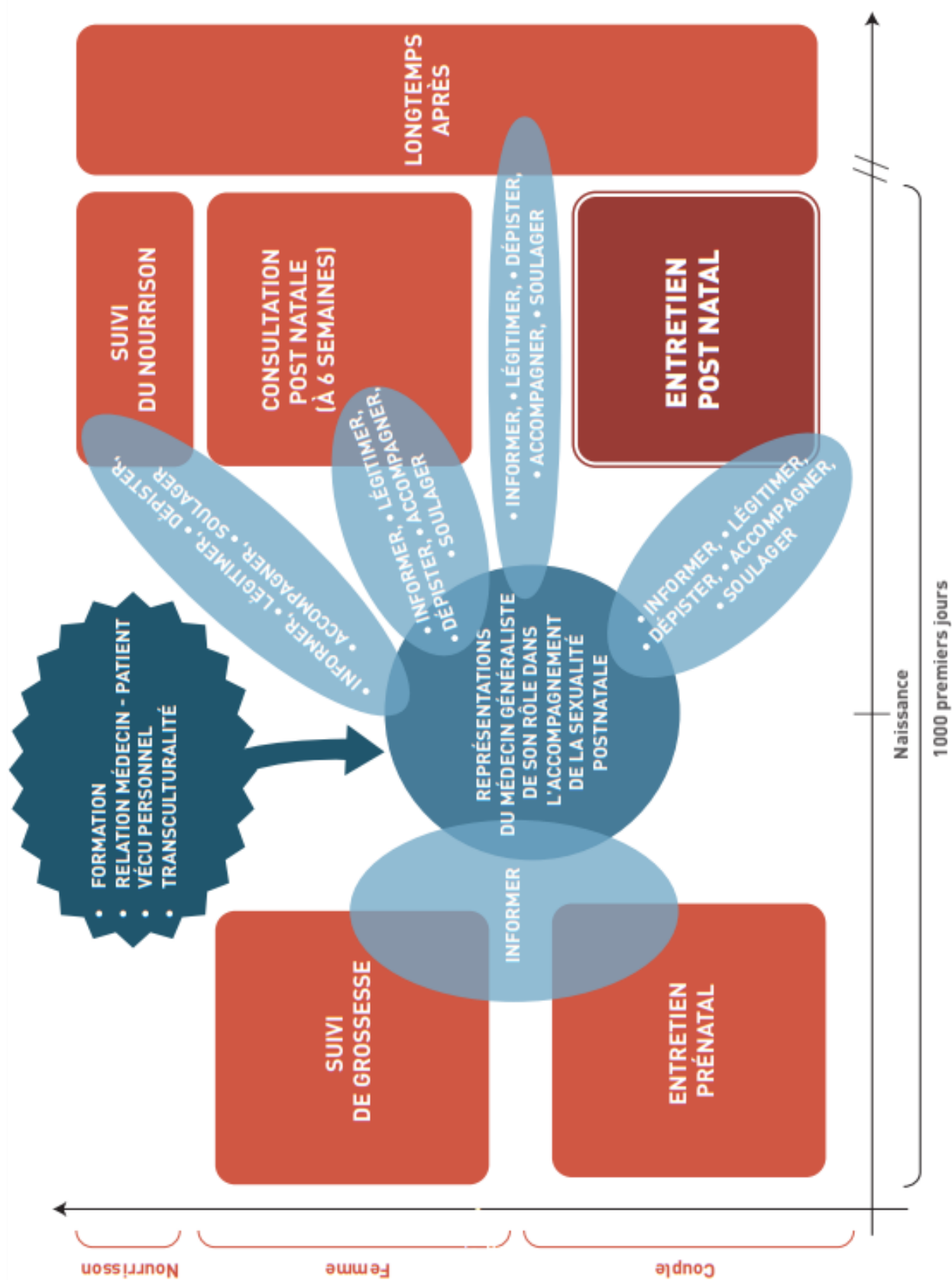


Figure 2 – Représentations des rôles et des temporalités d'accompagnement de la sexualité postnatale par les médecins généralistes

## 3.4. Perspectives

### 3.4.1. Perspective Métier

Un Entretien Postnatal précoce a été créé en juillet 2022 pour accompagner les couples dans le postpartum précoce et dépister la dépression du postpartum (cf schéma de l'Assurance Maladie en annexe). Cela s'inscrit dans le concept des 1000 premiers jours (45). L'EPNP est pris en charge à 70% par l'assurance Maladie (46). Tout comme l'Entretien Prénatal Précoce (EPP), le conjoint est convié. En postnatal, le couple peut aussi venir avec son bébé.

« Un entretien postnatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre la quatrième et la huitième semaine qui suivent l'accouchement. Cet entretien a pour objet, dans une approche globale de prévention en postpartum, de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement. Un deuxième entretien peut être proposé, entre la dixième et la quatorzième semaine qui suivent l'accouchement, par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes primipares ou pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du postpartum ou l'existence de facteurs de risques qui y exposent. » (47)

A travers notre étude, certains médecins ont pu exprimer le sentiment d'être « shuntés » du suivi postnatal des couples. Ils relatent ne plus voir autant les femmes en postpartum qu'il y a quelques années et disent que les femmes vont de plus en plus consulter les sage-femmes.

Le Collège national des sage-femmes (48) ainsi que les différentes associations françaises des sage-femmes (49) ont relayé la création de l'Entretien Postnatal précoce. Nous n'avons pas trouvé de mention de cet EPNP par le Collège de Médecine Générale ni du Collège National des Généralistes Enseignants.

Une consultation avec une cotation dédiée viendrait affirmer la place de prévention des médecins et les placerait comme un acteur de premier recours sur le sujet. Les médecins généralistes ont leur place dans l'accompagnement de la sexualité postnatale car ils ont souvent une relation médecin-patient établie de longue date avec les deux membres du couple.

L'EPNP a été pensé pour dépister la dépression du postpartum entre la quatrième et la huitième semaines du postpartum. Au vu du discours des médecins interrogés dans notre étude, nous pensons que cela est trop tôt pour pouvoir répondre au couple sur toutes leurs interrogations concernant la sexualité postnatale. En effet, comme vu précédemment, la reprise moyenne des rapports sexuels se fait environ à six-huit semaines. De plus, les couples sont peu « disponibles psychiquement » et ont déjà beaucoup de consultations à honorer à cette période dont la consultation postnatale, qui permet déjà d'aborder le sujet avec la patiente. Nous pourrions envisager de créer une consultation dédiée, appelée « Intimité du couple en période postnatale » au quatrième mois de la période postnatale en miroir avec l'Entretien Prénatal Précoce (EPP). » Cela permettrait un temps de parole en postnatal précoce lors de la consultation postnatale et/ou de l'EPNP et un temps plus tardif lors de la consultation « Intimité du couple en période postnatale ».

Une nouvelle cotation donnerait plus de temps aux médecins généralistes. De prochaines études pourraient s'intéresser à l'intérêt des médecins généralistes d'une consultation plus tardive dédiée à la sexualité postnatale en plus de l'EPNP, pour appuyer sa demande de création à la Caisse National d'Assurance Maladie (CNAM). Ce nouvel entretien

viendrait en complément de l'EPNP, pour affirmer la place de chaque professionnel, médecin et sage-femme, dans le postpartum.

### **3.4.2. Perspective de formation**

Cette thèse a mis en évidence le sentiment des médecins d'être insuffisamment formés sur la sexualité postnatale et la sexualité en général.

Concernant la formation initiale dans le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale à Angers, lorsque l'interne est en stage ambulatoire, il participe à des enseignements de Groupe d'Echange et d'Analyse de pratique (GEAP) à partir de situations cliniques rencontrées par l'interne en stage. Les GEAP peuvent être l'occasion d'un échange de pratique autour de la sexualité en général, et en particulier en postnatal.

Au cours des études médicales à Angers, il existe un module optionnel sur la sexualité encadrée par Pr TESSIER-CAZENEUVE et Dr TEXIER-LEGENDRE. Au cours de cette journée, différents sujets sont évoqués dont la sexualité lors de la grossesse, et le lien avec le début de violences conjugales, surtout lors de la première grossesse.

A travers notre étude, les médecins disent compter sur leur compétence relationnelle pour accompagner les couples dans leur intimité du postnatal. Une formation initiale et continue plus conséquente pourrait permettre aux médecins de se sentir plus à l'aise pour questionner la sexualité du postnatal ainsi que les éventuelles violences conjugales à cette période. Cela pourrait les conforter sur leur rôle dans cette période particulière et les rassurer sur leurs compétences.

### 3.4.3. Perspective Pédagogie

Enfin, de prochaines études pourraient s'intéresser à la manière dont les maitres de stage universitaires transmettent leurs compétences autour de l'intimité et de la sexualité postnatale.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 1 déc 2021;30:100668.
2. Frascarolo-Moutinot F, Darwiche J, Favez N. Marital and parental couple : what is the articulation when entering in parenthood? *Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux*. 3 juill 2009;42(1):207-29.
3. Paladine HL, Blenning CE, Strangas Y. Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. *AFP*. 15 oct 2019;100(8):485-91.
4. Dahlgren H, Jansson MH, Franzén K, Hiyoshi A, Nilsson K. Sexual function in primiparous women: a prospective study. *Int Urogynecol J* [Internet]. 1 janv 2022 [cité 2 janv 2022]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00192-021-05029-w>
5. Mayenga JM. Sexualité du postpartum. *La Lettre du Gynécologue* n° 368-369 - Janvier-février 2012
6. Douard S, Coutance V. De la vie à deux à la vie à trois: impact de la naissance du premier enfant sur la reprise de la sexualité du couple. Caen, France; 2014.
7. Collignon A. Sexualité des femmes après la grossesse: quelle place pour le médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2013.
8. Juttet L, Saint-Supéry J. D'après les femmes, quelle est la place du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des troubles de la sexualité du post partum ? Étude qualitative réalisée en Rhône-Alpes entre mars et septembre 2019 [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2019 [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02409440/document>



9. Pierrepont C de. La sexualité post-partum dans les fora internet. *Civilisations Revue internationale d'anthropologie et de sciences humaines*. 28 juin 2010;(59-1):109-27.
10. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence [Internet]. [cité 28 nov 2021]. La vie de couple quand on devient parent. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/la-vie-de-couple-quand-devient-parent>
11. Morgand S, Hauteux E, Masson-Bellanger C. Vécu intime des couples à l'arrivée du premier enfant: une étude qualitative à partir de dix entretiens de couples. France; 2017.
12. Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. *La Revue du praticien - Médecine générale*. Tome 18. N° 645 du 15 mars 2004
13. Recherches qualitatives : La méthode Focus Group. Guide méthodologique pour les thèses de médecine générale [Internet]. [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: [https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf)
14. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*. 2010;102(3):23-34.
15. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
16. Démographie des professionnels de santé [Internet]. [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier\\_presse\\_demographie.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf)
17. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2020 [Internet]. [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf)

18. 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. 2011
19. Hébrard L. La sexualité du couple après la naissance d'un enfant: quel accompagnement? 2019;72.
20. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. HAS. 2005 [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes\\_enceintes\\_recos.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf)
21. Préparations à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles 2005 [Internet]. [cité 26 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
22. Gunn J, Lumley J, Young D. The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from Australian general practice. Br J Gen Pract. sept 1998;48(434):1570-4.
23. Lemesre V. Prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum auprès des médecins généralistes du littoral Nord et Pas-de-Calais [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2018 [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2018/2018LILUM255.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM255.pdf)
24. Fleury A. Les représentations de la Santé sexuelle chez les médecins généralistes: un frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2019 [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02404098>
25. Hostachy F. État 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;

26. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale: étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016 [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/91781ae3-5642-4c7b-a87e-d71fe974443e>
27. Narboni J. Déterminants de la sexualité en post partum : Reprise des rapports sexuels et plaisir en post partum. 28 mars 2019;XII.
28. Bataillon C. Réinventer sa vie intime après bébé. Un guide pratique pensé par une sexologue engagée. 2021.
29. O'Malley D, Smith V, Higgins A. Women's solutioning and strategising in relation to their postpartum sexual health: A qualitative study. *Midwifery*. 1 oct 2019;77:53-9.
30. Lemerrier A. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients. 10 sept 2013;109.
31. Hahusseau M. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage ? 2017 [Internet]. [cité 1 oct 2023]. Disponible sur: [http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2017\\_Medecine\\_HahusseauMarion.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2017_Medecine_HahusseauMarion.pdf)
32. Faisal-Cury A, Huang H, Chan Y, Menezes PR. The Relationship Between Depressive/Anxiety Symptoms During Pregnancy/Postpartum and Sexual Life Decline after Delivery. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 mai 2013;10(5):1343-9.
33. Dawson SJ, Leonhardt ND, Impett EA, Rosen NO. Associations Between Postpartum Depressive Symptoms and Couples' Sexual Function and Sexual Distress Trajectories Across the Transition to Parenthood. *Annals of Behavioral Medicine*. 1 sept 2021;55(9):879-91.
34. Wedajo LF, Alemu SS, Jarso MH, Golge AM, Dirirsa DE. Late postpartum depression and associated factors: community-based cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 23 mai 2023;23:280.

35. Pihouee F. Appréhender la sexualité masculine après l'arrivée d'un enfant [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2020.
36. Rahimi F, Goli S, Eslami F. The effect of educational classes during pregnancy on the level of sexual satisfaction after delivery in nulliparous women. *J Educ Health Promot*. 28 sept 2020;9:253.
37. Marguerite\_MEDECINE\_GENERALE\_1909\_1.pdf [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur:  
[https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/Marguerite\\_MEDECINE\\_GENERALE\\_1909\\_1.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909_1.pdf)
38. Constitution de l'organisation mondiale de la santé [Internet]. [cité 22 juill 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
39. Santé sexuelle. Site de l'OMS [Internet]. [cité 22 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
40. Maciel MNA, Blondel B, Saurel-Cubizolles MJ. Physical Violence During Pregnancy in France: Frequency and Impact on the Health of Expectant Mothers and New-Borns. *Matern Child Health J*. août 2019;23(8):1108-16.
41. García-Moreno et al. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. 2005;
42. Smith J. Introduction. In: *Le GRAND livre des 1000 premiers jours de vie* [Internet]. Paris: Dunod; 2021 [cité 22 juill 2023]. p. 1-4. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-grand-livre-des-1000-premiers-jours-de-vie--9782100820245-p-1.htm>
43. Smith J. Chapitre 1. Neurosciences affectives et neurobiologie interpersonnelle des 1 000 premiers jours. In: *Le GRAND livre des 1000 premiers jours de vie* [Internet]. Paris: Dunod; 2021 [cité 22 juill 2023]. p. 7-17. (Hors collection). Disponible sur:

<https://www.cairn.info/le-grand-livre-des-1000-premiers-jours-de-vie--9782100820245-p-7.htm>

44. Cyrulnik B. Préface. In: Le GRAND livre des 1000 premiers jours de vie [Internet].

Paris: Dunod; 2021 [cité 22 juill 2023]. p. XVII-XX. (Hors collection). Disponible sur:

<https://www.cairn.info/le-grand-livre-des-1000-premiers-jours-de-vie--9782100820245-p-XVII.htm>

45. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence [Internet]. [cité 7 oct 2023]. Deux

rendez-vous pour aider à se sentir bien. Disponible sur: [https://www.1000-premiers-](https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/deux-rendez-vous-pour-aider-se-sentir-bien)

[jours.fr/fr/deux-rendez-vous-pour-aider-se-sentir-bien](https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/deux-rendez-vous-pour-aider-se-sentir-bien)

46. Après l'accouchement : le retour à la maison [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-et-nouveau-ne/suivi-domicile>

47. Article L2122-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 7 oct 2023].

Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000044628790](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628790)

48. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N, Guillaume S, et al. Entretien

postnatal précoce - Préconisations pour la pratique clinique [Internet]. Collège National des

Sages-Femmes de France; 2022 juin [cité 7 oct 2023]. Disponible sur:

<https://hal.science/hal-03719354>

49. L'entretien postnatal precoce.pdf [Internet]. [cité 7 oct 2023]. Disponible sur:

<https://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2021/11/Lentretien-postnatal-precoce.pdf>

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Evolution du désir dans le couple à l'arrivée du premier enfant.

Schéma issu de la thèse des Drs Stéphanie MORGAND et Elsa HAUTREUX.....51

Figure 2 : Représentations des temporalités d'accompagnement de la sexualité postnatale

par les médecins généralistes..... 54

# ANNEXES

## 1. Guide d'entretien du focus group

*Consigne de lecture : lire en premier lieu les questions en gras, puis compléter par les questions en italique si les participants n'y ont pas répondu auparavant.*

Nous sommes réunis pour discuter de comment vous pensez votre rôle en tant que médecin généraliste dans l'accompagnement de la sexualité après une naissance.

La discussion se veut bienveillante et respectueuse. Un enregistrement audio via la webcam sera réalisé puis retranscrit par écrit de façon anonyme.

- Intérêt du médecin pour ce sujet
  - **Que pensez-vous du sujet de la sexualité de la période post-natale ?** *Pensez-vous qu'il soit important de s'intéresser aux difficultés de la sexualité des couples après une naissance ?*
- Consultation pour ce sujet
  - **Comment abordez-vous avec vos patient.e.s le sujet de la sexualité après une naissance ?** *(En parlez-vous spontanément ou attendez-vous que les patients posent des questions ?) Quels termes utilisez-vous pour poser une question concernant la sexualité après un accouchement ? Quand pensez-vous que ce soit le meilleur moment pour en parler ?*
  - **Quelles sont les demandes et les attentes du ou de la patient.e ou des couples qui vous consultent en rapport avec ce sujet ?** *Que conseillez-vous aux patients ?*
  - **Pensez-vous qu'une consultation dédiée soit intéressante ?** *Pensez-vous qu'elle devrait être remboursée avec une cotation particulière ? A quel moment aurait-elle lieu ? A qui s'adresserait cette consultation (au couple ? à la patiente ?) ?*
- Ressenti du médecin
  - **Comment vous sentez-vous face aux demandes des couples ?** *Comment pouvez-vous l'expliquer ?*
- Caractéristiques de la relation médecin-patient

- **Est-ce qu'il y a des déterminants du côté du médecin ou du côté du patient qui peuvent faciliter ou freiner le questionnement du sujet ou l'expression de la plainte du couple ?**
  - *Est-ce qu'il y a des patients avec lesquels il est plus facile d'évoquer le sujet ou au contraire certains avec qui il serait plus difficile d'en parler ?*
  - *Quelles sont les caractéristiques de la relation avec le patient qui favorise ou rend difficile la discussion autour de ce sujet ? Quelles sont vos caractéristiques qui peuvent gêner le patient ou le mettre à l'aise pour évoquer le sujet ?*
- 
- Connaissances théoriques du médecin
  - **Que pensez-vous de vos connaissances sur la sexualité du post-natal ? D'où viennent vos connaissances ?**



## 2. Guide d'entretien individuel

Je vais vous questionner pour savoir comment vous pensez votre rôle en tant que médecin généraliste dans l'accompagnement de la sexualité après une naissance. La discussion se veut bienveillante et respectueuse. Un enregistrement audio sera réalisé puis retranscrit par écrit de façon anonyme.

Intérêt du médecin pour ce sujet

- **Que pensez-vous du sujet de la sexualité de la période post-natale ?** *Quelle est la place de ce sujet dans votre pratique ? Pensez-vous qu'il soit important de s'intéresser aux difficultés de la sexualité des couples après une naissance ? Pourquoi ?*

Abord du médecin

- **(Comment abordez-vous avec vos patient.e.s le sujet de la sexualité après une naissance ?** *(En parlez-vous spontanément ou attendez-vous que les patients posent des questions ?) Quels termes utilisez-vous pour poser une question concernant la sexualité après un accouchement ? Quand pensez-vous que ce soit le meilleur moment pour en parler ?)*

Attentes du patient et rôle du médecin

- **Quelles sont les demandes et les attentes du ou de la patient.e ou des couples qui vous consultent en rapport avec ce sujet ?** *Quelles sont vos réponses ? Que conseillez-vous aux patients ?*
- *(Quels sont les facteurs favorisant les difficultés de la sexualité du post-natal des couples selon vous ?)*
- *Selon vous, quelle place les couples donnent-ils à leur sexualité après un accouchement ?*
- **Que pensez-vous de votre rôle dans l'accompagnement de la sexualité du post-natal ?**

Ressenti du médecin

- **Comment vous sentez-vous face aux demandes des couples ?** *Comment pouvez-vous l'expliquer ? Sentez-vous légitime à questionner les patients sur ce sujet ?*

Déterminants de la relation médecin-patient

- **Est-ce qu'il y a des déterminants du côté du médecin ou du côté du patient qui peuvent faciliter ou freiner le questionnement du sujet ou l'expression de la plainte du couple ?** *Est-ce qu'il y a des patients avec lesquels il est plus facile d'évoquer le sujet ou au contraire certains avec qui il serait plus difficile d'en parler ? Quelles sont les caractéristiques de la relation avec le patient qui favorise ou rend difficile la discussion autour de ce sujet ? Quelles sont vos caractéristiques qui peuvent gêner le patient ou le mettre à l'aise pour évoquer le sujet ? (âge, genre, aspect religieux ou culturel, socio-intellectuel...)*

Connaissances théoriques du médecin

- **Que pensez-vous de vos connaissances sur la sexualité du post-natal ?** *D'où viennent vos connaissances ?*

## Perspectives

- **Auriez-vous des suggestions pour améliorer l'accompagnement de la sexualité du post-natal ?**
- **Pensez-vous qu'une consultation dédiée soit intéressante ?** *Pensez-vous qu'elle devrait être remboursée avec une cotation particulière ? A quel moment aurait-elle lieu ? A qui s'adresserait cette consultation (au couple ? à la patiente ?) ?*
- **Ou un groupe de parole ? Adresseriez-vous le couple à un autre professionnel ?** *Si oui, à qui ? Auriez-vous d'autres pistes ?*

## Expérience personnelle

- **Accepteriez-vous de parler de votre vécu de votre intimité après la naissance de vos enfants ? Comment avez-vous vécu votre sexualité lors de cette période ?** *Est-ce que votre vécu influence votre pratique ?*

### 3. Questionnaire remis aux médecins avant le focus group et les entretiens individuels

*Vous êtes libre de ne pas répondre à une ou plusieurs questions.*

NOM :

Prénom :

Quel âge avez-vous :

Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Quel âge ont-ils ?

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Depuis combien de temps êtes-vous installé.e ?

Dans quel département exercez-vous ?

Quel est votre milieu d'exercice : rural / semi-rural / urbain ? Si autre, précisez.

Quelle est la proportion des suivis gynécologiques dans votre pratique ?

Et de suivi de grossesse ?

Avez-vous des formations particulières (DIU, DU, FST, ...) ?

*Merci pour votre participation !*

## 4. Schéma de l'Assurance Maladie concernant l'Entretien Postnatal

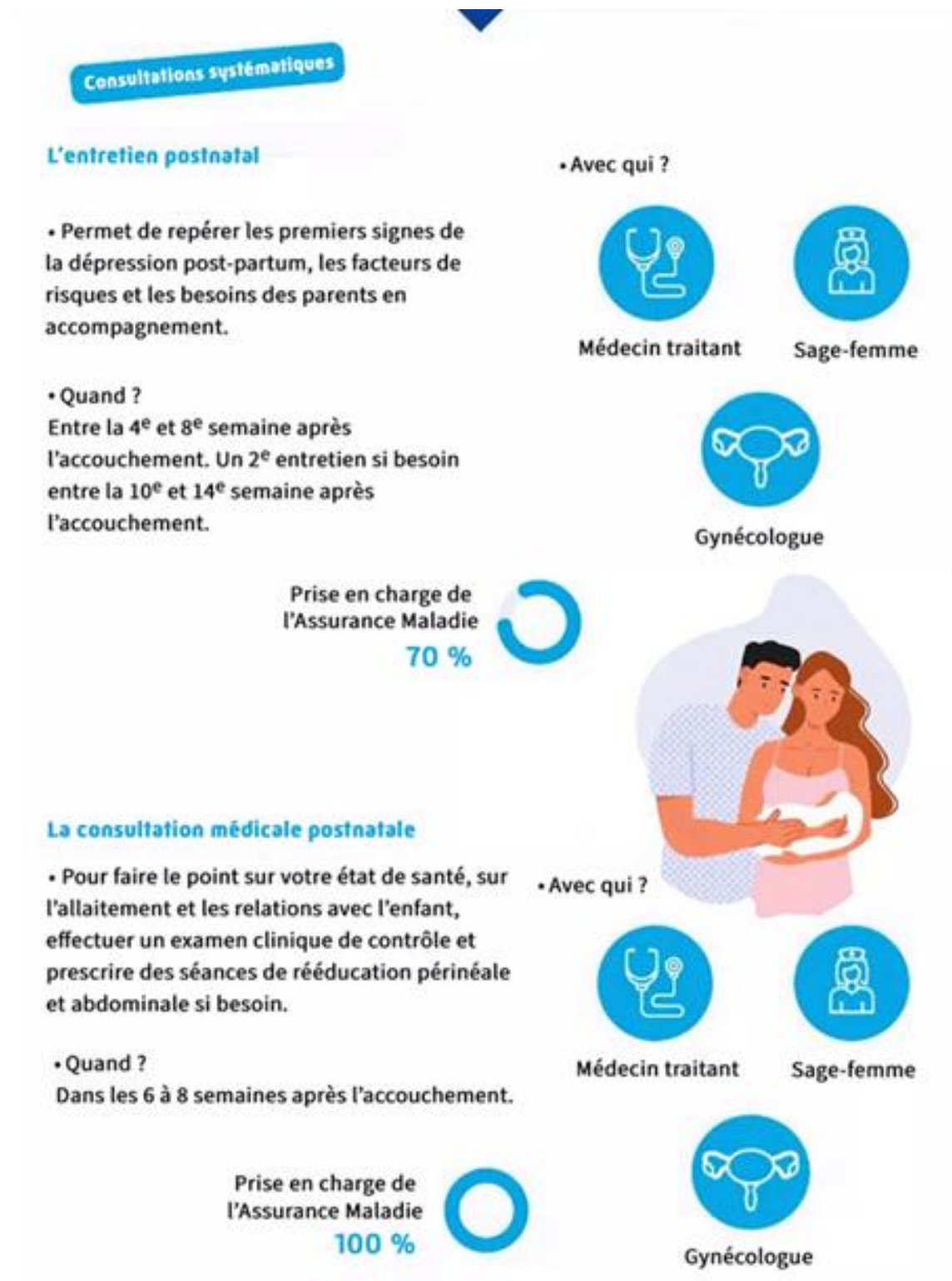


Figure 3 - Les étapes clés du Suivi médical après la grossesse : Les consultations systématiques.(46)

**Sexualité Postnatale : Représentations des médecins généralistes de leur rôle dans l'accompagnement des couples**

**RÉSUMÉ**

Introduction : L'arrivée d'un enfant entraîne de nombreux bouleversements dans le couple, son intimité, et sa sexualité. Face aux difficultés, les couples ne trouvent pas toujours un interlocuteur et n'osent pas en parler à leur médecin, mais aimeraient que le médecin engage la discussion. Nous avons voulu envisager à travers cette thèse comment les médecins généralistes se représentent leur rôle dans l'accompagnement de la sexualité postnatale des couples.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative par méthode focus group complétée de deux entretiens individuels, sur un mode semi-dirigé. La population de l'étude est les maîtres de stage (MSU) du « Stage Ambulatoire Femmes Enfant » des départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne. Au total, nous avons interrogé dix médecins généralistes.

Résultats : Les médecins généralistes pensent qu'ils ont un rôle dans l'accompagnement de la sexualité du couple après une naissance à différentes occasions : en pré-partum, en post-partum et voire longtemps après. Cela s'inscrit dans une prise en charge globale des patients et dans leurs compétences de médecine générale, même s'ils se sentent insuffisamment formés. À travers ce sujet de la sexualité postnatale, ils envisagent la relation de couple dans son ensemble et dépistent ses dysfonctionnements allant de la conjugopathie aux violences conjugales. Ils déplorent un manque de temps et souhaiteraient une consultation dédiée au couple.

Conclusion : Les médecins généralistes se représentent leur rôle d'accompagnement de la sexualité postnatale à travers une temporalité donnée et leurs compétences de médecine générale. Ils souhaiteraient la mise en place d'une consultation de couple avec une cotation dédiée « Entretien postnatal », qui pourrait avoir lieu en complément de celui créé en 2022.

**Mots-clés : Sexualité Postnatale, postpartum, médecin généraliste, rôle, compétences, représentations**

**Postnatal Sexuality: Representations of General practitioners on their role in supporting couples**

**ABSTRACT**

Background and aim: Childbirth brings major changes in couple relationship, intimacy and sexuality. To cope with the encountered difficulties, some couples don't know where to seek help and they don't dare to ask their general practitioner (GP). Previous studies show that the patients would like their GP to initiate the discussion about postpartum sexuality. Through this study, we ask the GPs how they reflect on their role in accompanying sexuality after childbirth.

Methods: A semi-structured qualitative study has been conducted using a focus group and two individual interviews. The population of the study was the internship supervisors of the « Women Children placement » from the departments of Maine-et-Loire, Sarthe and Mayenne. In total, ten general practitioners have been included.

Result: General practitioners think they have a role in supporting the couple sexuality after childbirth at different moments: during pregnancy, postpartum, and even long after delivery. It is part of an overall patient care and is part of their general medical competencies, even if they feel insufficiently trained. Through this subject, they are interested in the couple relationship and they detect the dysfunctions which can go to conjugopathy to domestic violence. They deplore a lack of time and would like a specific consultation for the couple.

Conclusion: General practitioners reflect on their roles in supporting postnatal sexuality through a specific temporality and by using their medical competencies. They would like a specific couple consultation « Postnatal interview » with a specific fee, that could take place in addition of the one created in 2022.

**Keywords: Postnatal sexuality, postpartum, general practitioner, role, skill, representations**