UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES | USPC Université Sorbonne Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 16 mai 2019

Par

Anne TOURJANSKY

Née le 16 mars 1996

L'abord de la sexualité postnatale par les sages-femmes dans leur pratique professionnelle

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Géraldine Demissy Sage-femme libérale

JURY :

Mme Sarah Benjilany	Sage-femme libérale et psychologue
Mme Cécile Marest	Sage-femme enseignante, école de Baudelocque
Mme Laurence Dreyfus	Psychologue, Kremlin Bicêtre

Mémoire N° : 2019PA05MA44

© Université Paris Descartes – Ecole de Sages-Femmes Baudelocque.

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Géraldine Demissy, sage-femme libéral, d'avoir accepté de diriger ce mémoire. Toujours disponible et de bons conseils, elle a su guider ma réflexion, avec un enthousiasme et une bienveillance qui ont été précieux.

Un immense merci aux sages-femmes qui ont accepté de partager avec moi leur expérience. Elles se sont livrées sur leur pratique professionnelle, leurs facilités, leurs doutes et leurs parcours personnels. Elles sont l'essence de ce travail et en ont fait la richesse.

Je souhaite également dire merci au corps enseignant pour leur accompagnement, avec une attention particulière pour Christèle Vérot et Hélène Guillaume qui ont cru en mon projet et m'ont poussé à le réaliser.

Enfin, je remercie mes proches, ainsi que Mélanie, Solène et Clémence pour leur soutien.

Résumé

Introduction – objectifs : La santé sexuelle est reconnue comme une composante de la santé globale d'une personne. Néanmoins, parler de la sexualité des couples dans le postpartum est encore un sujet délicat, parfois tabou. Dans le parcours périnatal, la sexualité est souvent médicalisée. Elle est rarement présentée comme une composante physiologique de la vie des femmes et des couples. La profession de sage-femme nous donne une place privilégiée pour aborder ce sujet avec les patientes. C'est pourquoi nous avons voulu étudier comment les sages-femmes abordent la sexualité postnatale dans leur pratique professionnelle.

Matériel et méthode : onze entretiens semi-directifs ont été réalisés entre juin 2018 et octobre 2018, auprès de sages-femmes hospitalières, libérales et institutionnelles.

Résultats : Notre analyse montre que les sages-femmes abordent la sexualité postnatale, en fonction de leurs connaissances théoriques, de leurs expériences personnelles et professionnelles et de leur aisance sur le sujet. Les difficultés qu'elles rencontrent ne sont pas tant le manque de connaissances et le caractère tabou du sujet, mais plutôt un manque d'aisance et de moyens pour aborder le sujet. La sexualité postnatale n'est pas tabou pour la majorité des sages-femmes de l'étude et pour leurs patientes. Sa faible présence dans l'enseignement initiale et la littérature scientifique française traduit cependant un tabou général dans le monde périnatal.

Conclusion : L'absence d'information par les sages-femmes peut être sources de complications pour la femme et de tensions au sein du couple. Ces difficultés participent à la survenue de dépression, de violences et de séparations des couples dans le postpartum. L'abord de la sexualité postnatale s'inscrit donc dans des enjeux de santé publique. En ce qui concerne les sages-femmes l'enjeu est double : prendre conscience des multiples approches pour évoquer la sexualité d'après l'accouchement d'une part et renforcer ou développer leurs connaissances sur le sujet, afin d'en optimiser l'abord anténatal et postnatal d'autre part.

Mots-clés **: sexualité postnatale, santé sexuelle, sages-femmes, prévention**

Abstract

Introduction – objectives: Sexual health is admitted to be part of the complete health of a person. Nevertheless, to talk about sexuality in the post-partum period is still a delicate and even sometimes taboo topic. In the perinatal world, sexuality is often medicalised but it is rarely presented as a physiological component of women and couples' life. Midwifery gives us a favoured place to raise this topic with patients. That is why we chose to study how midwives raised the postnatal sexuality topic in their professional practice.

Methods: Eleven semi-directives interviews were realized between June, 2018 and October, 2018, on midwives having hospital, liberal and institutional practice.

Results: Our analysis shows that midwives talk about postnatal sexuality, depending on their theoretical knowledge, personal and professional experiences, and ease to address this topic. The difficulties they encounter are not due to the lack of knowledge and the taboo around this subject, but rather to a lack of ease and proper approaches of the topic. For most of the participants, postnatal sexuality is not taboo. However, its small consideration in French midwifery high school's program and French scientific literature, reflects that a general taboo in the perinatal world does exist.

Conclusion: The lack of information given by midwives can lead to complications for women and to the creation of tensions within couples. These difficulties contribute to the occurrence of depression, violence and breaking apart couples in the postpartum period. For the midwives this concern has two dimensions: to become aware of the multiple approaches to raise post-childbirth sexuality subject with their patients and optimize and develop their knowledge about it, in order to optimize the general speech on postnatal sexuality. .

Keywords: postnatal sexuality, sexual health, midwives, prevention

Table des matières

Remerciements *2*
Résumé *3*
Abstract *5*
Table des matières *6*
Liste des Annexes *9*
Liste des Tableaux *10*
Liste des Figures *10*
Liste des Acronymes *11*
Introduction *13*
Contextualisation *16*
1. Santé Sexuelle **16**
2. Sexualité dans le postpartum **16**
2.1. Reprise des rapports sexuels 17
2.2. Facteurs influençant la sexualité postnatale 17
3. Rôle de la sage-femme **18**
4. Inscription dans le parcours périnatal **19**
5. Le ressenti des couples **20**
Matériel et méthodologie *22*
1. La problématique **22**
2. Les objectifs **22**
3. Les hypothèses **22**
4. L'étude **22**
4.1. Lieu et période d'étude 23
4.2. Population d'étude 23
4.3. Modalités de recrutement 24
4.4. Recueil des données 25
5. Modalités d'entretiens **27**
6. Considérations règlementaires **28**
7. Profil des participantes **29**

7.1. L'âge 29
7.2. Le statut professionnel 29
7.3. Le parcours professionnel 29

Résultats 31

1. Abord de la sexualité postnatale par les sages-femmes 31

1.1. Parler de sexualité postnatale, c'est parler de quoi ? 31
1.2. Y a-t-il un délai pour la reprise des rapports sexuels ? 34
1.3. Quand devrait-on aborder la sexualité postnatale ? 35
1.4. Parler de sexualité postnatale, mais avec qui ? 36
1.5. Comment l'aborder en prénatal ? 37
1.6. Comment l'aborder en suites de couches ? 38
1.7. Comment l'aborder en postnatal ? 39
1.8. Le parcours personnel impacte-il l'abord de la sexualité ? 40

2. La sexualité postnatale dans l'enseignement et la littérature 42

2.1. L'abord de la sexualité fait-elle partie de la formation initiale ? 42
2.2. Où peut-on chercher des informations sur la sexualité postnatale ? 43
2.3. Quelles sont les formations complémentaires ? 43
2.4. Comment construire son discours ? 45
2.5. Et la littérature scientifique dans tout ça ? 46

3. Les difficultés rencontrées par les sages-femmes 47

3.1. Le manque de connaissance 47
3.2. Les freins liés à l'activité professionnelle 48
3.3. Autres raisons 48
3.4. Un sujet tabou pour les patientes et les professionnels 49
3.5. Un sujet tabou pour les participantes 50

4. Autres résultats 51

4.1. Limite des compétences et réseau d'orientation 51
4.2. Les différentes voies d'accouchements 52

Analyse et Discussion 53

1. L'abord de la sexualité postnatale 53

1.1. Le contenu de l'information 53
1.2. Les différentes approches pour parler de sexualité postnatale 69
1.3. La construction du discours 73

2. Les freins à l'abord de la sexualité postnatale 77

2.1. Le manque de connaissances 77

2.2. Le manque de temps 79

2.3. Le manque de réseau 80

2.4. Les autres freins 83

3. Formations sur la sexualité postnatale 84

3.1. La formation initiale de sage-femme 84

3.2. La formation continue 87

3.3. La sexualité postnatale dans la littérature 88

4. Retour sur les hypothèses 90

5. Le tabou dans le discours verbal et non verbal 93

6. Limites et biais 95

6.1. L'étude 95

6.2. La population d'étude 95

7. Forces de l'étude 96

Conclusion 98

Bibliographie 102

Annexes 108

Annexe 1 : Lettre d'information et de consentement 109

Annexe 2 : Grille d'entretien 111

Annexe 3 : Sexualité, Maternité : Les baleines bleues 113

Annexe 4 : Entretien de Delphine 115

Annexe 5 : Entretien de Béa 126

Liste des Annexes

Annexe 1 : lettre d'information et consentement 109
Annexe 2 : Grille d'entretien 111
Annexe 3 : Sexualité et maternité : les baleines bleues 113
Annexe 4 : Retranscription : entretien de Delphine 115
Annexe 5 : Retranscription : entretien de Béa 126

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Flowchart de l'étude 25
Tableau 2 : Présentation du parcours des participantes 30
Tableau 3 : Mots-clés pour décrire la sexualité postnatale 31
Tableau 4 : Femme seule, en couple ou en groupe 37
Tableau 5 : Intégration aux cours de PNP 37
Tableau 6 : Parcours personnel des participantes 42
Tableau 7 : Ressources utilisées 43
Tableau 8: Les différents freins évoqués 48
Tableau 9 : Non abord de la sexualité postnatale 48
Tableau 10 : La présence du tabou 50
Tableau 11 : Raisons d'orientation 51
Tableau 12 : Réseau de réorientation 51
Tableau 13 : Différences entre voies d'accouchements 52

Liste des Figures

Figure 1 : Temps des entretiens 27
Figure 2 : Age des participantes 29
Figure 3 : Temps où la sexualité postnatale peut être abordée selon les 11 SF 36
Figure 4 : La sexualité postnatale dans l'enseignement théorique 42
Figure 5 : Les principales ressources des participantes pour construire leur discours 45

Liste des Acronymes

- **CNEMa** : Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique
- **CNGOF** : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France
- **CNSF** : Collège National des Sages-Femmes
- **DU :** Diplôme Universitaire
- **DIU** : Diplôme Inter-Universitaire
- **EPP** : Entretien Prénatal Précoce
- **HAD** : Hospitalisation A Domicile
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire
- **IDF** : Ile-De-France
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- **IMG** : Interruption Médicale de Grossesse
- **IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- **MFIU** : Mort Fœtale In Utéro
- **MIPROF** : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
- **NP3** : Niveau de Preuve 3
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PRADO** : Programme de Retour A Domicile
- **PMA** : Procréation Médicalement Assistée
- **PMI** : Protection Maternelle Infantile
- **PNP** : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- **PP** : Post-Partum
- **SDC** : Suites De Couches
- **SF** : Sage-Femme
- **SPN** : Sexualité Post Natale

- **RPC** : Recommandation pour la Pratique Clinique
- **VAD** : Visite A Domicile

« Je me suis rendue compte que c'est un sujet tellement important ! Qui joue tellement sur leur état, leur vécu du postpartum et donc sur le lien avec l'enfant et aussi le couple, enfin sur la famille… En fait c'est un thème en soit, et ça, ça mérite bien une séance ! »

Gladys, participante de l'étude

Introduction

Les années 1970 marquent le début d'une « libération des pratiques sexuelles » en France, initiée par la loi Neuwirth (1967) qui légalise la contraception. Ce long parcours continu avec le Manifeste des 343, le procès de Bobigny et le Manifeste des 331. Enfin, la Loi Veil du 17 janvier 1975 dépénalise l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et marque un tournant dans l'émancipation des femmes (1). La sexualité est revendiquée comme un droit pour tous, depuis l'âge pubertaire jusqu'à la fin de vie. La « prévention et l'éducation à la vie sexuelle et affective » s'inscrivent de plus en plus dans les programmes de santé publique. Selon le ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse, trois séances annuelles sont normalement obligatoires dès l'enseignement secondaire. Plus récemment, l'ampleur du débat sur les violences faites aux femmes, sur les violences gynécologiques et obstétricales, impliquent une nouvelle réflexion sur la sexualité des femmes (2).

La place médiatisée et souvent banalisée de la sexualité dans notre société semble témoigner de la levée d'un interdit. Cependant, parler de sexualité et d'intimité des couples est encore un sujet délicat, parfois tabou, particulièrement lors de la grossesse et du post-partum. Il est socialement reconnu qu'au cours de cette période la femme est au comble de sa féminité. L'image de la jeune mère épanouie et pleinement heureuse est très ancrée. Comme P. Choi le dit dans son article de 2005, malgré les modifications physiologiques, psychologiques, sexuelles et familiales qui suivent la naissance d'un enfant, la femme doit rester une « *Supermum, superwife, supereverything* ». (3). Selon le Dr. Mimoun, gynécologue obstétricien, il semble que dans le postpartum « *la maternité, la féminité et la sexualité sont étroitement liées, les maux de l'un impactant les autres* » (4). Il ne faut pas oublier que la grossesse et l'accouchement sont des évènements bouleversants, non seulement pour la femme dans son corps mais aussi pour le couple dans son intimité. Ce sont ces bouleversements de la période postnatale qui ont retenu notre attention.

La profession de sages-femmes nous donne une place privilégiée pour accompagner les femmes et les couples lors de cet évènement fort de leur vie. Nous sommes liées à l'intimité des couples. C'est ce que nous rappelle d'ailleurs notre serment d'Hippocrate : « *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.* »

Cependant, la sexualité du couple est abordée tardivement dans la formation de sage-femme et souvent dissociée du reste de l'exercice de la maïeutique. Elle est rarement présentée comme une composante physiologique de la vie des femmes, des couples, et de la maternité. Pourtant, en tant que maïeuticien(ne)s, nous avons un rôle de prévention et d'accompagnement de la physiologie. Dans la pratique clinique hospitalière, la plus observée au cours des études de sages-femmes, ce sujet est souvent peu présent. Parler de sexualité dans un contexte de périnatalité est encore synonyme d'un certain malaise. Ce constat est d'autant plus étonnant que ce malaise est souvent plus présent pour les professionnels de santé que pour les patientes.

Cette impression a stimulé notre réflexion, et nous a poussées à réaliser des recherches sur ce sujet. Les travaux de recherches interrogeant les patientes témoignent d'une grande demande d'informations et d'une sensation d'abandon face à la sexualité dans le postpartum. Quant aux études scientifiques, relativement nombreuses, elles proviennent majoritairement de pays anglophones ou de pays nordiques. Les travaux français restent pauvres sur le sujet. Quasiment absentes des recommandations issues d'instances de périnatalité, le peu d'études évoquant la sexualité postnatale et ses éventuelles difficultés sont de faible niveau de preuve (5,6). Les sages-femmes semblent néanmoins s'emparer de ces sujets dans le cadre de leurs mémoires d'étudiants (7,8) ou de leurs formations complémentaires (9), mais avec un impact qui reste souvent limité. Dans les deux cas, deux conclusions reviennent systématiquement :

- Pour les couples, la sexualité postnatale est synonyme de difficultés et d'un manque profond d'informations en amont de la naissance et du retour à domicile.
- Les sages-femmes sont désignées comme le professionnel de périnatalité le plus apte pour réaliser la prévention et l'information concernant l'intimité et la sexualité postnatale. Quant à savoir comment l'aborder, le sujet reste vague.

Ces études ont essayé d'apporter des solutions, qui n'ont manifestement pas encore eu de répercussions suffisantes pour améliorer le vécu des couples.

Ce bref état des lieux encourage une nouvelle réflexion. Le vécu des femmes et de leur intimité est au cœur des discussions dans le monde périnatal actuel. Mais si les sages-femmes, qui participent à ce débat, sont désignées comme des « référentes » dans la prévention et l'accompagnement de la sexualité postnatale, pourquoi les patientes sont-elles toujours en demande sur ce sujet ? Si les sages-femmes doivent parler de sexualité postnatale, comment les préparer à l'aborder dans leur pratique clinique ? Comment trouver différentes approches pour l'intégrer à leur pratique clinique ? Aborder la sexualité se limite-il à parler de rapport sexuel ?

« De toute façon la sexualité fait partie à part entière de l'accouchement. Puisque, à la base, à l'origine de la grossesse, il y a quand même un rapport sexuel »

- Katia, participante de l'étude

Contextualisation

1. *Santé Sexuelle*

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence ». Ainsi, la santé sexuelle est une composante nécessaire à la santé globale de l'individu. La définition de ce concept implique les trois niveaux de prévention décrits en santé publique :

- Prévention primaire : une information à l'ensemble de la population : l'éducation sexuelle
- Prévention secondaire : un conseil et une orientation donnés par tous les professionnels en contact avec des personnes pouvant rencontrer des difficultés sexuelles : le dépistage
- Prévention tertiaire : une thérapie appropriée aux troubles réalisée par des spécialistes : la prise en charge

La santé sexuelle tient une place particulière au cours de la maternité : l'OMS souligne l'importance du soutien et de l'accompagnement des femmes et des couples lors des soins, ainsi que la diffusion d'informations au cours de la grossesse et du post partum (10).

2. *Sexualité dans le postpartum*

Pour parler de sexualité postnatale, il faut d'abord considérer tous les sujets qu'englobent ce thème.

2.1. *Reprise des rapports sexuels*

Les études portant sur la sexualité après l'accouchement mettent en évidence une diminution globale des comportements sexuels jusque dans les 6 mois du post-partum. Les couples décrivent une appréhension vis-à-vis de la reprise des rapports sexuels, une diminution de la fréquence du coït, du plaisir et de la satisfaction sexuels (5,12,13).

La reprise des rapports sexuels a lieu en moyenne dans les 6 à 9 semaines, quel que soit le mode d'accouchement (14). Cette période correspond environ à l'arrêt des saignements ainsi qu'à la consultation post-natale (9,15). Ce retour à l'intimité est progressif : 9 à 17 % des couples ont des rapports sexuels avant 6 semaines, 66 à 94 % à 8 semaines, 88 à 95 % à 3 mois, 95 à 100 % à 7 mois selon les études (15).

2.2. *Facteurs influençant la sexualité postnatale*

La revue de la littérature réalisée au Canada en 2015 sur 123 articles des 15 dernières années a étudié 29 variables pouvant impacter la reprise des rapports sexuels après l'accouchement (16,17). Parmi elles, on retrouve : le vécu traumatique de l'accouchement, l'épisiotomie, les dyspareunies (30 à 62% à trois mois du post-partum), l'incontinence urinaire (15 à 40%) ou fécale (1 à 5%), le manque de lubrification vaginale (13 à 29%), la fatigue, le manque de temps, la présence du bébé, etc. Il a également été montré que les femmes allaitantes reprennent une activité sexuelle plus tardivement et ont moins de désir que les autres (19,20).

Sur le plan psychologique, la dépression du post-partum, souvent non diagnostiquée, concerne 15% des mères et influence grandement les relations intimes avec le partenaire. Les femmes rapportent de façon générale beaucoup d'anxiété et de peurs. Ces dernières sont liées à la cicatrisation du périnée, à une nouvelle grossesse possible, à la douleur, à la déformation corporelle, mais aussi à la satisfaction du partenaire et aux

discordances de désirs dans le couple (17). C. Fabre-Clergue, dans son travail de 2008 auprès de 200 pères, rapporte que 83 % des pères assistent à l'accouchement. Parmi eux, 10 % en sont perturbés et 67 % restent impressionnés par leur femme et modifient leur comportement dans le couple. D'autre part 80 % sont gênés par la présence du bébé dans la chambre lors les rapports intimes et 5 % par l'allaitement maternel (9)

Ces facteurs peuvent constituer des épreuves pour les couples que tous n'arrivent pas à surmonter. Il faut donc concevoir que l'abord de la sexualité postnatale ne concerne pas uniquement la reprise des rapports sexuels et le coït dit « classique » avec pénétration. C'est un ensemble global de facteurs influençant la vie affective et les comportements sexuels (séduction, désirs, rapports sexuels) au sein du couple dans la période qui suit l'accouchement.

Dans ce cadre, le dépistage de ces facteurs de risques ainsi que leur prise en charge sont primordiaux. Pour autant, il ne faut pas oublier de mettre en avant la prévention de ces facteurs identifiés comme liés à la sexualité postnatale.

3. Rôle de la sage-femme

Les sages-femmes sont considérées par les femmes comme le meilleur interlocuteur pour discuter et diffuser des informations sur la sexualité postnatale (9,21).

En France en 2017, la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMa) donne la définition suivante de la sage-femme : *« [elle] joue un rôle important comme conseillère en matière de santé et d'éducation, non seulement pour les femmes mais aussi au sein de la famille et de la collectivité. Son exercice professionnel comprend l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent et s'étend à la santé sexuelle ou reproductive (santé génésique) et aux soins aux enfants ».*

De par leur formation initiale, les sages-femmes possèdent les connaissances nécessaires à l'exercice de leur pratique. La majorité des facteurs influençant la sexualité postnatale cités ci-dessus figurent parmi ces connaissances. Les sages-femmes sont donc normalement amenées à parler de sexualité et compétentes pour participer à la prévention sexuelle et affective dans le postpartum (12). Cette mission de « prévention et d'éducation à la santé » fait d'ailleurs partie de leurs obligations depuis la loi HPST du 21 juillet 2009. Mais dans quels contextes sont-elles amenées à l'aborder avec les couples ?

4. Inscription dans le parcours périnatal

La sexualité périnatale fait partie, selon les textes référentiels, des sujets de prévention abordés pendant la grossesse et le post-partum par les sages-femmes. Cependant, sa mention reste très subjective.

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) : « Le cadre et le climat dans lesquels les consultations prénatales et les séances de PNP sont assurées doivent permettre aux femmes de parler de problèmes qui touchent à l'intimité du couple, à la fragilité affective et a fortiori de problèmes délicats comme les violences domestiques » (22). Sept séances prénatales individuelles ou en groupe sont prises en charge par l'Assurance Maladie. En cas de besoin, un entretien prénatal précoce (EPP) ainsi que deux séances postnatales peuvent être ajoutés aux sept séances et sont également pris en charge à 100 % (23). Mais ces séances postnatales sont peu réalisées en pratique.

Dans le suivi des suites de couches (SDC), la sexualité n'est pas clairement mentionnée. Le référentiel métier des sages-femmes indique que la sage-femme doit : *« rechercher d'éventuels troubles périnéaux ou sphinctériens et organiser leur prise en charge, recueillir les souhaits de la femme en matière de contraception et la prescrire, répondre aux questions de la mère et lui donner des règles d'hygiène et des conseils d'éducation à la santé. »* (24).

En ce qui concerne la consultation postnatale réalisée dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement, deux textes s'y réfèrent. Les directives du Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) indiquent : « *évaluer l'état maternel : évolution depuis l'accouchement (incontinence urinaire ou aux gaz, noter les infections du site opératoire, etc.), signes fonctionnels lors de la consultation (y compris difficultés lors des rapports sexuels)…* » (25).

La HAS, quant à elle, recommande aux sages-femmes de « *rechercher les signes évocateurs d'une dépression du post-partum […] et d'aborder* ***avec tact*** *des questions sur l'intimité du couple, comme la reprise des rapports sexuels ainsi que les difficultés éventuelles* » (22).

Enfin, la rééducation périnéale du postpartum reste le moment privilégié pour le dépistage et la prise en charge de troubles périnéaux et sexuels. Mais les recommandations de 2015 affirment que « *la rééducation périnéale du post-partum n'est pas associée à une diminution de la prévalence des dyspareunies à un an (NP3). [Elle] n'est donc pas recommandée pour traiter ou prévenir des dyspareunies (grade C)* » (6).

Les référentiels pour la pratique des sages-femmes leur confèrent la mission d'aborder les sujets concernant la sexualité et l'intimité des couples. Mais aucun ne détaillent les messages à faire passer, ni comment le faire avec ce fameux « tact ».

5. Le ressenti des couples

Malgré cette inscription de l'abord de la sexualité postnatale dans le rôle des sages-femmes, une majorité des parents interrogés décrivent un défaut d'information, un manque d'écoute et d'accompagnement ainsi qu'une discordance de discours de la part des professionnels lorsqu'ils évoquent ce sujet (26,27). Cela signifie-il que la formation initiale apporte des connaissances insuffisantes ou inadéquates pour la pratique des sages-femmes ? Si ce constat est vrai, existe-il un risque, pour les sages-femmes, de s'appuyer sur leur propre expérience pour conseiller les femmes ? La sexualité postnatale est-elle un sujet

encore tabou, poussant les sages-femmes à l'occulter, ou à se former d'avantage si elles souhaitent oser l'aborder ?

Nous avons réalisé 11 entretiens auprès de sages-femmes pour essayer de répondre à ces questions. Nous avons écouté la façon dont elles s'emparent de ce sujet, les difficultés qu'elles rencontrent et les moyens que certaines ont trouvé pour y palier.

Cette étude cherche à mettre en lumière l'implication des sages-femmes dans la prévention sexuelle postnatale. D'autre part, elle vise à donner des pistes pour celles et ceux qui souhaitent, à leur niveau, participer à l'accompagnement des femmes et des couples dans leur vie affective. Grâce aux résultats de cette étude, nous espérons que des sages-femmes réaliseront qu'elles ont des connaissances en matière de prévention sexuelle postnatale, car cette dernière possède de multiples facettes qui sont autant d'abords possibles avec les couples.

« On a un rôle très important à jouer là-dedans, en prévention sexuelle, en prévention des violences, parce qu'on est très souvent en première ligne et il ne faut pas passer à côté de ce genre de choses ! »

- *Katia, participante de l'étude*

Matériel et méthodologie

1. *La problématique*

Du prénatal au postnatal, comment les sages-femmes choisissent-elles d'aborder la sexualité postnatale dans leur exercice clinique ?

2. *Les objectifs*

- Montrer comment chaque sage-femme s'approprie le sujet de la sexualité postnatale.
- Comprendre quels pourraient être les freins à l'abord de la sexualité postnatale.
- Interroger l'impact du caractère tabou de la sexualité du postpartum dans la prévention réalisée par les sages-femmes.

3. *Les hypothèses*

- Chaque sage-femme considère et aborde la sexualité postnatale de façon singulière.
- La sexualité postnatale est peu mentionnée dans l'enseignement et la littérature scientifique.
- Les sages-femmes rencontrent des difficultés pour aborder la sexualité postnatale dans leur pratique professionnelle.

4. *L'étude*

Il s'agit d'une étude qualitative, basée sur des entretiens individuels semi-directifs, réalisés auprès de sages-femmes hospitalières, libérales et de centres de Protection Maternelle Infantile (PMI) d'Ile-de-France.

4.1. *Lieu et période d'étude*

L'étude s'est déroulée en Ile-de-France, plus particulièrement à Paris et dans le département des Hauts-de-Seine. Les entretiens des sages-femmes libérales ont été réalisés au sein de leurs cabinets, et dans une salle de classe universitaire durant une pause pour l'une d'entre elles. La sage-femme de PMI nous a reçu dans sa salle de consultation du centre. Pour trois sages-femmes hospitalières, l'entretien s'est déroulé dans une salle de repos de la maternité, pour la dernière, dans une salle prêtée par l'école de sage-femme à cet effet. Chaque entretien s'est déroulé en face à face. La date et le lieu ont été convenus par la sage-femme, afin qu'elle soit à l'aise et que la rencontre soit propice à la discussion.

Le recrutement des sages-femmes a débuté en mai 2018 et les entretiens se sont déroulés de juin 2018 à octobre 2018.

4.2. *Population d'étude*

La sage-femme intervient auprès du couple tout au long de la grossesse et du postpartum. Mais des études interrogeant les patientes ont montré que certaines rencontres sont plus propices pour aborder le sujet de la sexualité postnatale. Nous avons donc ciblé notre population d'étude en fonction de ces dernières. Nous avons également essayé de travailler avec des sages-femmes de toute l'Ile-de-France (petite couronne et différents arrondissements parisiens), ainsi que des maternités de différents niveaux.

a. Critères d'inclusions

- Sages-femmes diplômées et exerçants au moment de l'entretien :
  Il nous a semblé que le statut d'étudiant entraînerait des difficultés majeures pour la comparabilité et l'analyse des résultats, au vu des différences possibles de connaissances, des responsabilités et des disponibilités.

- Sages-femmes réalisant une ou plusieurs des pratiques cliniques suivantes, a priori propices à l'évocation de la sexualité : cours de préparation à la naissance et à la parentalité, entretiens prénataux précoces, suites de couches physiologiques ou pathologiques, visites à domicile précoces du postpartum, consultations postnatales, séances de rééducation manuelle du périnée.

  Nous avons choisi d'inclure uniquement des sages-femmes réalisant une rééducation manuelle du périnée, car elle implique un temps clinique dédié à la femme, dans un climat de proximité et d'échange.

- Sages-femmes volontaires pour un entretien en présentiel, ayant signé la feuille de consentement.

b. Critères de non-inclusions

- Sages-femmes n'exerçant pas dans une des catégories d'exercices retenues.
- Sages-femmes n'exerçant pas sur la période d'étude, ou n'exerçant pas en Ile-de-France.
- Sages-femmes travaillant pour l'Hospitalisation à Domicile (HAD), qui représente une activité clinique très spécifique jugée trop loin de la population d'étude.

c. Critères d'exclusions

- Sages-femmes contactées refusant de participer à l'entretien.
- Sages-femmes volontaires pour participer mais s'étant retirées de l'étude.
- Entretiens non réalisables à cause d'emplois du temps discordants ou uniquement réalisables par téléphone.

4.3. *Modalités de recrutement*

Une trentaine de sages-femmes libérales de différents départements ont été contactées par courriel ou téléphone via le site internet « Réseau sages-femmes Ile-de-France », afin d'obtenir un panel représentatif du lieu d'étude. Chaque courriel était personnellement adressé à la sage-femme. Il comprenait une présentation du projet d'étude et de son cadre de réalisation, ainsi que les coordonnées nécessaires pour une prise de contact. Une lettre d'information et de consentement était jointe à chaque courriel, avec des précisions supplémentaires sur le projet (Annexe 1).

Trois centres de PMI ont été contactés : un parisien et deux de banlieues. Pour chacun, l'information et la présentation du projet a été transmis à la sage-femme en direct ou par l'intermédiaire du secrétariat.

Pour les sages-femmes hospitalières, le projet a été présenté aux cadres des services de suites de couches des quatre maternités contactées (trois parisiennes de type 1, 2b et 3, et une de petite couronne type 3). Sur les quatre maternités, deux ont répondu positivement et ont transmis le projet aux sages-femmes. Plusieurs relances ont été par la suite effectuées (par courriel, affiche et déplacement en personne dans les services).

	Centres contactés	SF Contactés	Refus de SF	Réponses positives	Entretiens réalisés	Acceptés mais non réalisés
Libérale		32	24 (non réponse)	8	6	1 : déménagement province 1 : discordance emploi du temps
Maternité	4	11	5	6	4	1 : travail exclusif SDN 1 : discordance emploi du temps
PMI	3		1	1	1	

Tableau 1 : Flowchart de l'étude

4.4. *Recueil des données*

L'outil de recueil choisi pour cette étude se présentait sous forme d'une grille d'entretien semi-directif. Cet outil a permis de poser des questions ouvertes, afin que les

interviewées puissent partager leurs expériences et donner leur point de vue. L'aisance, l'intérêt et le langage non verbal ont été analysés tout au long des entretiens, afin de percevoir le rapport des sages-femmes participantes à ce sujet et la notion de tabou. Trois thématiques étaient définies (Annexe 2) :

- Premier thème : la définition de la sexualité postnatale selon l'interrogée, l'inscription de son abord dans l'exercice des sages-femmes, le temps et les moyens choisis pour délivrer l'information, les facilités ou difficultés rencontrées.
- Deuxième thème : les connaissances sur le sujet, leur place dans la formation, ainsi que leur pertinence pour l'exercice clinique.
- Troisième thème : l'impact de leur parcours personnel et professionnel sur l'évolution de leur discours

La grille a été testée sur une étudiante sage-femme volontaire, ce qui a permis d'adapter la formulation et l'ordre de certaines questions. Ce test a également servi d'entraînement pour la gestion d'un entretien. En effet, si les trois thématiques exposées précédemment devaient globalement être abordées, l'ordre des questions était modulable en fonction des réponses spontanées des interviewées.

Tous les entretiens ont été enregistrés sur une application smartphone, puis retranscris dans leur intégralité sur ordinateur. Les résultats de l'étude ont été obtenus après lecture et analyse du contenu des entretiens. Les données susceptibles de répondre aux objectifs ont été sélectionnées, analysées puis classées en fonction des éléments de réponses qu'elles apportaient aux différentes hypothèses. Certaines données ont émergées au fil des entretiens, et ont donc été rajoutées à la grille et à l'analyse.

Onze entretiens ont finalement été réalisés, retranscrits et analysés. La durée des entretiens est allée de 27 à 57 minutes, selon la répartition suivante :

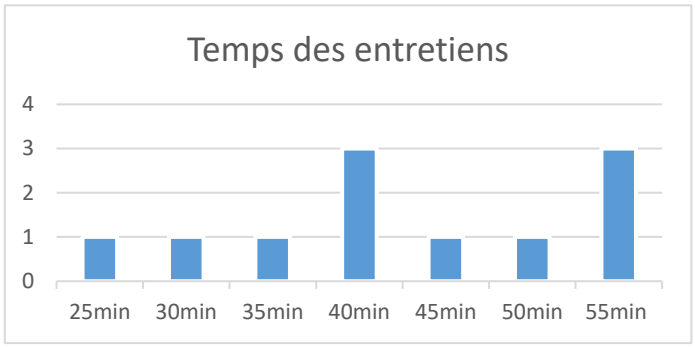


Figure 1 : Temps des entretiens

5. *Modalités d'entretiens*

Grâce aux questions ouvertes, certaines sages-femmes ont spontanément mené l'entretien. La grille nous permettait alors de rebondir, de recadrer le sujet ou de relancer les questions auxquelles elles n'avaient pas répondu, afin d'extraire un maximum de résultats prévus par la grille. Cependant, d'autres sages-femmes répondaient brièvement aux questions ou s'éloignaient du sujet. Nous avons alors suivi l'ordre des questions plus strictement, avec des relances parfois répétées.

Chaque entretien commençait par une question fermée à réponse rapide et instinctive (cf. Annexe 2). Ce choix avait pour objectif d'inciter la sage-femme à synthétiser les enjeux de ce sujet pour elle. De plus, cela nous donnait une première impression du rapport de la participante au sujet.

Il existe, comme dans toute étude qualitative, des biais dans la réalisation de ces entretiens. D'abord, l'aisance croissante au fur et à mesure des entretiens a entrainé un meilleur choix des mots avec des questions moins directives parfois, une meilleure gestion du contenu de la grille d'entretien et du temps. Il est possible, malgré l'attention portée à la

neutralité des questions, que certaines réponses des participantes aient été induites par les questions. Nous avons parfois observé une modification du discours au fil de l'entretien : « *j'en parle très peu* » et « *finalement j'en parle pas si peu que ça* » - *Katia*. Cela montre, néanmoins, une prise de conscience des professionnels sur leur pratique, qui est un point fort de cette étude.

Nous avons rencontré certaines contraintes lors de la réalisation de notre étude. Le nombre restreint de volontaires à la participation et les réponses négatives de professionnels ne souhaitant pas aborder ce sujet ont limité le nombre d'entretiens réalisés. Nous avons donc été dans l'incapacité d'atteindre l'effet de saturation pour certains résultats. Plusieurs entretiens ont finalement été écourtés par des contraintes professionnelles (patiente en salle d'attente, interruption par le téléphone d'astreinte).

6. Considérations règlementaires

Chaque sage-femme participant à l'étude a été préalablement informée des modalités de l'entretien et a signé une feuille de consentement (Annexe 1). Ce document permettait d'établir un contrat entre l'interrogée et l'enquêtrice. La participante autorisait l'enregistrement et l'analyse de ses propos et l'enquêtrice s'engageait à respecter le droit de retrait de l'interrogée ainsi que son anonymat complet lors de la retranscription et de l'analyse.

Par souci d'anonymat, des prénoms fictifs ont été attribués aux sages-femmes par ordre alphabétique selon la chronologie des entretiens. L'échantillon d'étude comportait un sage-femme homme. Ses propos ont été retranscrits tels quels au genre masculin. Cependant, par volonté d'anonymat supplémentaire, le rapport au groupe et les résultats émanant de son entretien ont été rédigés au genre féminin, hors citation directe.

Des verbatims extraits des entretiens sont intégrés au texte en Italique, entre guillemets avec le nom de la sage-femme énoncé de la façon suivante :

« De toutes façons le périnée c'est tellement le reflet de l'état de la personne, de l'état moral de la personne, c'est incroyable » - Delphine

7. *Profil des participantes*

7.1. *L'âge*

La répartition de l'âge des 11 sages-femmes de l'étude a été la suivante, avec une moyenne de 32 ans.

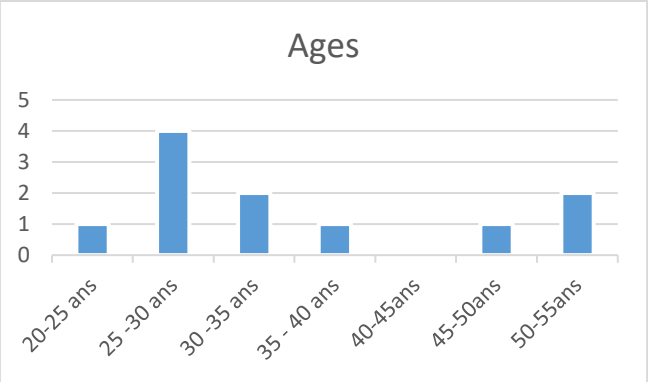


Figure 2 : Age des participantes

7.2. *Le statut professionnel*

- Six sages-femmes avaient une activité exclusivement libérale.
- Quatre sages-femmes travaillaient à l'hôpital, dans une maternité de type 3.
- Une sage-femme travaillait en centre de PMI.

7.3. *Le parcours professionnel*

Pseudonyme	Diplôme de sage-femme	Durée du cursus	Parcours professionnel	Formation complémentaire
Alix	2004 IDF	5 ans	Maternité : 12 ans Libérale : 2 ans	Rééducation du périnée
Béa	2017 IDF	5 ans	Libérale : 1 an	
Chloé	1987 Province	4 ans	Maternité type 2 et 3 : 21 ans Libérale : 10 ans	DU périnéologie DIU sexologie
Delphine	1995 Province	4 ans	Maternité type 3 : 10 ans PMI : 5ans Maternité type 3 : 4 mois	DIU gynécologie-psychosomatique
Elsa	1989 IDF	4 ans	Maternité type 3 : 6 ans Libérale : 15 ans Enseignante SF : 2 ans Cadre SF maternité : 5 ans PMI : 2 ans	DU pelvipérinéologie DU échographie et acupuncture
Flavie	2008 IDF	5 ans	Libérale : 10 ans	Master psychologie, master recherche DUallaitement maternel, conseillère en lactation
Gladys	2015 IDF	5 ans	Libérale : 3 ans	Rééducation du périnée, gynécologie
Héloïse	2016 Province	5 ans	Maternité type 3 : 2 ans	
Idriss	2018 IDF	5 ans	Maternité type 3 : 4 mois	
Julie	2013 IDF	5 ans	Maternité type 3 : 5ans	
Katia	2009 Province	4 ans	Maternité type 2 : 1an Libéral seule : 8 ans Libéral cabinet pluridisciplinaire 1an	DU Statique pelvienne et urodynamie

Tableau 2 : Présentation du parcours des participantes

Résultats

1. *Abord de la sexualité postnatale par les sages-femmes*

La profession de sage-femme a des compétences définies, selon l'Article L2122-1 du Code de la Santé Publique. L'ensemble des onze sages-femmes de l'étude estiment que l'abord de la sexualité postnatale fait partie de ces compétences. Avant de voir la façon dont ces sages-femmes s'emparent du sujet, il faut comprendre comment chacune le définit.

1.1. *Parler de sexualité postnatale, c'est parler de quoi ?*

A la question « sexualité postnatale : quels sont les premiers mots qui vous viennent à l'esprit ?» les sages-femmes ont répondu selon le tableau suivant :

Nombre de fois	Mots cités par les différentes participantes
5	Douleur, peur, variable, nouvelle, différente
4	Appréhension
3	Compliquée, difficulté, contraception, questions
2	Information, reprise des rapports, visite postnatale, tabou
1	Fatigue, prudence, fantasmes, malentendu, temps, en parler, verbaliser, délicate, flou, frein à la sexualité

Tableau 3 : Mots-clés pour décrire la sexualité postnatale

Au fil des entretiens, les sages-femmes ont évoqué différents thèmes qui font partis de l'information qu'elles délivrent sur la sexualité du postpartum.

Pour toutes, la **rééducation du périnée** est un moment clé pour aborder la sexualité postnatale.

« Celles qui font de la rééducation c'est obligé quoi, c'est obligé que ce soit là que ce soit vraiment traité. » - Alix

Les autres sujets mentionnés par toutes les participantes sont les suivants : la **contraception**, la prise en charge de la **douleur,** des **déchirures**, la qualité des **sutures** réalisées et l'optimisation de leurs **cicatrisations**. Dans ce thème, les **massages périnéaux** ont été cités sept fois. On retrouve également pour sept d'entre elles le **manque de communication** avec le partenaire entrainant des **difficultés dans le couple**, un décalage dans la sexualité. Pour trois, ces difficultés s'installent déjà en anténatal.

« Ce qui les effraie […] c'est la douleur. Elles ont mal en postpartum […] et le rapport sexuel c'est le summum… Donc l'objectif après l'accouchement, c'est de diminuer, de traiter la douleur, si on diminue la douleur, on diminue l'appréhension, et pour la reprise des rapports, l'appréhension c'est le pire. Donc au lieu d'être dans un cercle vicieux d'avoir mal mais de reprendre les rapports quand même parce que « quand même il faut reprendre et mon pauvre mari et ci et ça ! ». Et puis vous avez mal pendant le rapport donc celui d'après c'est pire parce que vous avez encore plus d'appréhension, donc c'est encore plus douloureux et ainsi de suite…c'est beaucoup plus dur de casser cette spirale-là. […] Sans douleur on est plus prête à se mettre dans l'idée d'une sexualité, d'avoir du plaisir tout ça…la reprise des rapports se fera plus naturellement et la douleur ira en diminuant et l'appréhension aussi et la sexualité redeviendra normal » - Katia

L'**allaitement maternel**, le **climat hormonal**, les **sécheresses vaginales**, la force du **lien mère-enfant** et la place du nouveau-né dans le couple (co-dodo ou bébé dans la chambre) sont des sujets également cités par cinq participantes comme ayant une répercussion sur la sexualité de la femme et du couple.

« Quand on parle d'allaitement je leur dis ça, on parle de lubrification, de climat hormonal particulier lors de l'allaitement, d'image du corps, du sein dans la sexualité…donc je le case aussi à ce moment-là » - Elsa

D'autres liens impactant la sexualité postnatale ont été évoqués par deux ou trois sages-femmes, tels que la **vision du corps**, de la féminité, et sa réappropriation dans le postpartum, les **troubles du désir** et de la libido, **l'incontinence** urinaire ou anale, la **dépression du postpartum**, et la sexualité « médicalisée » des couples ayant suivi des **parcours de PMA**. L'idée d'une sexualité nouvelle et avec des **pratiques sexuelles différentes** est présente pour cinq participantes. Trois sages-femmes font un parallèle qu'Alix nous explique :

« Je leur dis : la première fois, c'est un peu comme une première fois. Trois pas en avant, trois pas en arrière, on en revient, on n'a pas envie, on appréhende, on a un peu peur, machin… c'est un peu ça, c'est pas génial mais bon…(Respiration) Et puis après la 2ème fois souvent c'est un peu mieux etc etc. » - Alix

C'est un sujet imprégné d'une **dimension psychologique** forte qui relève même d'un sujet **tabou** selon plusieurs sages-femmes.

« Mais pas que sur la sexualité, sur plein de choses du post partum …je trouve que…ça reste tabou. Mais sexualité en principal. Dans la société, on est censé avoir une vie sexuelle normale et que tout aille bien dans le couple…tout ça avec un bébé… on n'est pas censé avoir de problème de sexualité » - Béa

L'inscription de la **santé sexuelle** dans la santé globale de la femme est soulignée par trois participantes.

« C'est très important dans la vie d'une femme, et des hommes, et des couples qui deviennent parents. C'est, c'est, c'est très important dans la sphère privée ça. Un couple ne peut pas fonctionner sans une bonne sexualité ! » - Elsa

« Etre en bonne santé, c'est aussi être en bonne santé sexuelle, voilà ! et surtout je crois qu'il faut rassurer les gens et c'est ça c'est essentiel, sur le fait qu'il n'y a pas de norme en terme de sexualité » - Delphine

Enfin, huit sages-femmes sur onze parlent **des violences faites aux femmes** et des violences conjugales lorsqu'elles abordent la sexualité dans le postpartum. Soit dans un contexte de prévention ou de dépistage, soit dans la façon dont elles amènent les patientes à parler d'un sujet délicat et parfois difficile à aborder.

« J'ai l'impression qu'aborder la sexualité, c'est comme aborder les violences…si tu mets le pied dans la porte, tu ne sais jamais ce qui va sortir. […] Donc c'est ça …je sais jamais si j'ose mettre le pied et ouvrir la porte ou s'il vaut pas mieux qu'elle reste fermée parce que je sais pas quoi en faire. » - Idriss

1.2. *Y a-t-il un délai pour la reprise des rapports sexuels ?*

C'est une question à laquelle toutes les participantes ont répondu. Pour six d'entre elles, il n'existe pas de **délai minimum** pour reprendre les rapports. Deux autres donnent des temps moyens de reprise aux patientes : 6 semaines ou 2-3 mois. Trois sages-femmes donnent des repères physiques avec une indication temporelle d'environ 10-15 jours.

« Je parle des saignements du post partum et que effectivement, tant qu'il y a des saignements y a un petit risque infectieux etc. Et … que dès que les saignements sont terminés que voilà ils peuvent reprendre le cours de leur vie comme avant » - Delphine

« Au niveau strictement médical, il n'y a pas de contre-indication à la reprise des rapports avant 15jours, mais par contre que la moyenne c'est 2 mois et demi, 3 mois, donc y a pas le feu ! » - Katia

L'idée d'un **délai maximal** au-delà duquel ne pas avoir retrouvé une sexualité dans le postpartum serait inquiétant est évoquée par trois sages-femmes. Sur ce point, les avis divergent.

« Et au contraire, pas trop tarder à retrouver leur intimité et…que plus tard il peut y avoir des appréhensions » - Delphine

« Disons que au-delà de 6 mois quand il n'y a pas de reprise des rapports sexuels, à ce moment-là, en tout cas quand je les vois, ça m'interpelle » - Chloé

« Elles peuvent reprendre la sexualité quand elles veulent. Dans 2 jours, dans 2 semaines, dans 2 mois, dans 2 ans c'est elles qui sauront » - Idriss

Enfin, trois des sages-femmes libérales notent que peu de patientes ont repris une sexualité lors de la **consultation postnatale** 6 à 8 semaines après l'accouchement. D'ailleurs pour neuf sages-femmes sur les onze, les femmes *« attendent « l'accord » de la visite postnatale…elles attendent d'avoir l'examen, […] elles attendent qu'on leur donne la possibilité de, le « feu vert »… » - Flavie*

1.3. *Quand devrait-on aborder la sexualité postnatale ?*

Sur l'ensemble du parcours périnatal, les onze sages-femmes du groupe ont mentionné six temps où la sexualité postnatale pourrait être abordée.

« Je pense que c'est important d'en parler parce que même si sur 100% de choses que je dis, elles en ont gardé que 20% ça sera toujours ça de pris ! […] Je pense que si on est plusieurs à le dire : en cours, en maternité, en anténatal et en postnatal, à la fin y aura peut-être au moins une info qui restera … enfin voilà, on m'a toujours dis l'apprentissage c'est la répétition ! » - Gladys

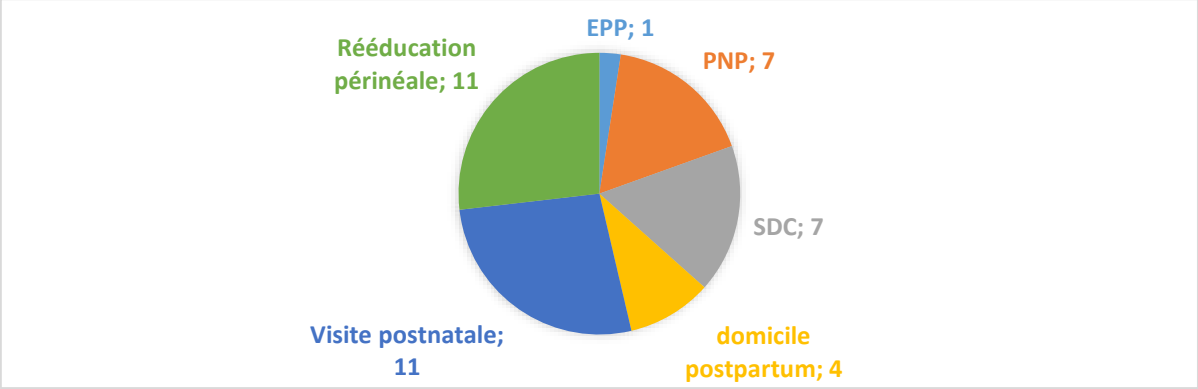


Figure 3 : Temps où la sexualité postnatale peut être abordée selon les 11 SF

Elsa, fait allusion à l'instauration d'une consultation équivalente à l'EPP dans le postpartum, qui permettrait un temps consacré à discuter du vécu et des difficultés du postpartum, dans lequel la sexualité aurait sa place :

« On peut s'occuper de sexualité sans faire de la rééducation du périnée. C'est pour ça, enfin c'est lumineux pour moi, faut pas mélanger les genres, euh, ce serait beaucoup plus pertinent d'instaurer un entretien postnatal systématique euh voilà euh, que de faire 10 séances de rééducation avec un bébé qui pleure, une femme qui n'a pas envie en plus qu'on la touche» - Elsa

1.4. *Parler de sexualité postnatale, mais avec qui ?*

« J'ai aucune envie d'avoir des bonhommes dans la rééducation du périnée, parce que je trouve qu'il ne faut pas tuer le glamour qu'il y a dans le couple […], je trouve que voilà il faut garder une certaine part de mystère » - Alix

« En cours de préparation j'en parle tout le temps. Peu importe si c'est collectif, individuel. Peu importe qui est en face de moi j'en parle systématiquement. » - Béa

Huit sages-femmes en parlent **systématiquement** à leurs patientes, au moins à un des temps décrit ci-dessous, bien qu'il ne soit pas le même pour chacune.

	EPP	**Cours de PNP**	**Examen de SDC**	**Consultations postnatales**
Patiente seule	1SF si suspicion de violences	0	3 SF si suspicion de violences	8 SF
Avec le partenaire	0	4 SF	5 SF	0
En groupe	0	1 SF	0	0

Tableau 4 : Femme seule, en couple ou en groupe

1.5. *Comment l'aborder en prénatal ?*

« Je pense qu'il y avait un manque dans ma préparation donc j'ai fait cette séance post accouchement uniquement sur la mère, pour essayer de couvrir tout cet état dans lequel elles sont en postpartum, plutôt que de rabâcher encore les soins du bébé qui seront revus 15 fois à la maternité parce qu'on ne parle que du bébé à la maternité. » - Gladys

En prénatal, la sexualité est principalement évoquée lors des séances de PNP. Voici comment sept d'entre elles l'introduisent.

Cours	**EPP**	**Physiologie du postpartum**		**Postpartum maternel**
Thème	Excision, suspicions de violences, demande de la patiente	Modifications corporelles, réappropriation du corps	Contraception	Cicatrisation du périnée, importance de la rééducation
SF	Flavie et Chloé	Delphine et Katia	Béa, Elsa, Flavie et Gladys	Chloé et Elsa

Tableau 5 : Intégration aux cours de PNP

Enfin, six des onze sages-femmes lient la **sexualité durant la grossesse** à celle du postpartum.

« En prénatal, c'est mis en lien avec la sexualité pendant la grossesse. Moi je considère qu'il n'y a pas de clivage en fait. Donc c'est intéressant de parler de sexualité pendant la grossesse […], sur la thématique qui est en train de se jouer quoi, corporellement, elles sont enceintes c'est un fait, du coup comment ça se passe dans leur vie intime ? Et de reprendre la thématique sur ce qu'il va se passer dans l'après naissance. » - Flavie

1.6. *Comment l'aborder en suites de couches ?*

Pour les sept sages-femmes faisant ou ayant fait des suites de couches à l'hôpital, l'examen de sortie est le moment opportun pour parler de sexualité postnatale. Elles l'introduisent à travers **les conseils de sortie** suivants : la contraception, les sutures, les modifications corporelles après l'accouchement, l'allaitement maternel, la consultation postnatale et la rééducation périnéale.

« Je me souviens quand je faisais des suites de couches : on plante une petite graine : « gardez ça dans un coin de votre tête, ça va peut-être pas bien là mais ça va aller après et reparlez-en avec la sage-femme de la rééducation périnéale ». Juste leur dire ça, elles l'oublient puis après ça revient. » - Alix

Héloïse et Alix profitent du **toucher vaginal** avant la sortie pour dédramatiser les sensations dans cette zone et montrer les points à la patiente si elle le souhaite.

« Je le fais bien sûr très prudemment, c'est un acte très doux, rien à voir avec le travail, parce que au contraire on n'a pas envie qu'elles aient un mauvais souvenir, que cet endroit-là ça devienne tabou, qu'elles n'y touchent plus, que ce soit horrible pour elles. Du coup ça peut être une approche

en se disant « mine de rien on a fait un toucher vaginal, ça n'a pas été douloureux » peut être que…ça les rassure, que d'ici quelques temps « je me sentirai plus prête ». » - Héloïse

Cinque des sept sages-femmes informent la patiente de la nécessité de consulter si des troubles périnéaux surviennent dans le postpartum, pendant ou en dehors des rapports sexuels, et que les sages-femmes sont des professionnels compétents sur ces questions.

1.7. *Comment l'aborder en postnatal ?*

Cinq participantes évoquent l'intimité du couple dès **les visites à domicile** dans les 10 jours suivant l'accouchement, lorsqu'elles regardent le périnée, sa cicatrisation et expliquent les gênes éventuelles (incontinence, dyspareunies…). Chloé et Delphine **parlent** parfois de la reprise des rapports sexuels. Katia, Gladys et Elsa **répondent uniquement aux questions** des femmes sur le sujet.

Pour l'ensemble des libérales, la sexualité est un thème abordé pendant **la consultation postnatale** de façon dissociée de la contraception, de l'incontinence, de l'allaitement et autres thématiques. Certaines posent leurs questions lors de **l'interrogatoire**, d'autres en parlent lors de **l'examen clinique** gynécologique et du bilan périnéal.

La rééducation du périnée reste le moment clé pour traiter de sexualité selon 9 des participantes, dont les sept sages-femmes qui la pratiquent. C'est un temps de parole et d'échange qui créé un lien de confiance entre la sage-femme et la patiente. Cela permet également de participer à la prévention et l'amélioration de la **santé globale** des femmes, par le dépistage de la **dépression** postnatale, des troubles du **lien mère-enfant** et des **violences** diverses.

« C'est pas que rééduquer un périnée c'est apprendre à se connaitre » - Alix

« Vous allez apprendre plein de choses sur votre corps, mieux vous connaitre et puis, ça va vous aider à, à moins appréhender la reprise des rapports sexuels » - Delphine

« Pour ça la rééducation a un véritable rôle. Parce qu'on crée des liens, et puis on est bienveillante aussi, la relation avec la sage-femme est différente de celle d'un médecin. On ne va pas voir la sage-femme parce qu'on a un problème ! Ces patientes elles ne viennent pas parce qu'elles ont un problème de sexualité ou autre, elles viennent faire leur rééducation point. Et souvent elles ne s'attendent pas à ce qu'on aborde autant de choses dans ces séances ! » - Katia

1.8. *Le parcours personnel impacte-il l'abord de la sexualité ?*

Quatre des sages-femmes ont vu leur discours et leur vision du sujet évoluer avec leur **parcours de mère**. Chloé et Flavie, quant à elles, dissocient totalement les deux. Elles ont des enfants, mais selon elles, le vécu personnel ne doit pas interférer avec le professionnel. Elles se fient uniquement à leurs connaissances, leurs formations et à leur expérience clinique.

« Je me suis rendu compte quand j'ai eu des enfants, […] que j'avais une autre approche des suites de couches. […]Dans le ressenti d'une fatigue extrêmement intense, dans ce ressenti de perte de contrôle, de….oui de….de la lourde responsabilité qui incombe à une femme d'être responsable d'un bébé, de SE SENTIR responsable d'un bébé H24, même si ce n'est pas la réalité, elle est pas toute seule pour ça » -Elsa

« Bien sûr, il y a eu mon parcours de femme et aussi mon parcours de mère, mon parcours d'accouchée et mon parcours professionnel et clinique auprès des patientes. Tout a joué, avec un niveau différent, un enrichissement différent. Mais ouais, il y a eu un gros gap après que j'ai accouché. Pas tant en terme de ressenti, mais en terme de légitimité auprès des patientes. » Katia

L'empreinte personnelle est particulièrement marquée pour Alix, qui utilise souvent le « on » à la place du « je » tout au long de l'entretien :

« On vient d'accoucher et on se dit : plus jamais ! »

« Tout est ambiguïté, et puis la sexualité de toute façon c'est…y a tellement d'affect là-dedans, de…c'est compliqué ! Je veux dire pas seulement en tant que patient…les soignants aussi ! On fait toujours avec notre histoire hein ! » - Alix

L'importance de **l'histoire familiale** et du travail sur sa **propre sexualité** est soutenue par six sages-femmes participantes.

« Pour être à l'aise pour parler de la sexualité, il faut déjà être à l'aise dans sa propre sexualité aussi hein. Se questionner sur soi, avant de vouloir questionner les autres. » - Chloé

« C'était un sujet qui était plus difficile pour moi à aborder aussi parce que au-delà de ça, je n'étais pas aussi à l'aise avec ma sexualité qu'aujourd'hui, et que c'est un point qui joue énormément sur la capacité que tu peux avoir à en parler avec tes patientes. » - Idriss

« J'ai même réussi à avoir des mots quand j'étais adulte avec ma mère sur le sujet […]. Je pense qu'on m'a toujours transmis que c'était important. C'était présent…mais sans en parler… sans…avec de la pudeur, […] mais d'être mère ça ouvre quand même…Avec ma mère… » - Elsa

Dans le cadre de cette question, il nous a semblé intéressant de relever certains éléments de l'histoire familiale des participantes :

Sage-femme	**Rapport à la sexualité dans son cadre familiale (enfance, adolescence)**			**Situation familiale actuelle**		**Enfant**
	Tabou	**Abordé**	**Non abordé**	**En couple**	**Célibataire**	
Alix			X	X		4

Béa			X		X	0
Chloé		X		X		3
Delphine			X	X		2
Elsa	X	X			X	2
Flavie		X		X		Oui
Gladys	X		X	X		0
Héloïse		X		X		0
Idriss		X		X		0
Julie		X		X		0
Katia		X		X		1

Tableau 6 : Parcours personnel des participantes

2. *La sexualité postnatale dans l'enseignement et la littérature*

Toutes les sages-femmes interrogées disent avoir eu besoin, ou avoir besoin de plus de connaissances pour aborder la sexualité postnatale.

2.1. *L'abord de la sexualité fait-elle partie de la formation initiale ?*

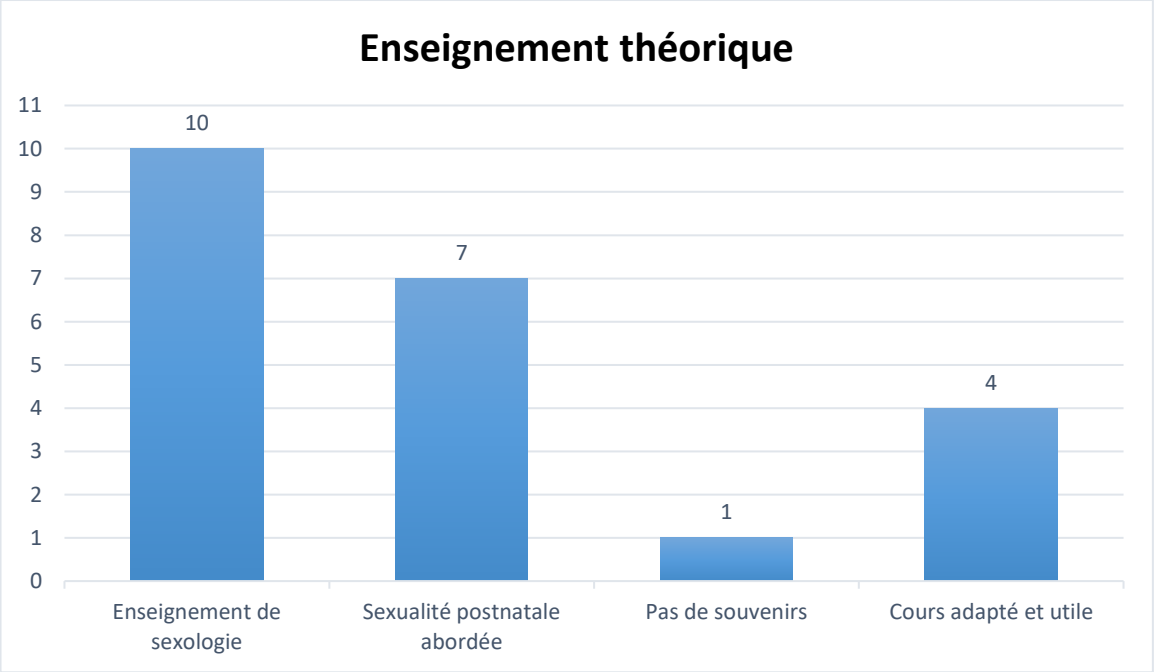


Figure 4 : La sexualité postnatale dans l'enseignement théorique

Les modules de formation en sexologie reçus par dix des sages-femmes du groupe allaient de 1h à plusieurs cours (5-6h), réalisés par des sexologues (médecins ou sages-femmes) dans les deux dernières années de formation, sous forme de **cours magistral**. Le **stage en libéral** réalisé lors de la formation initiale est présenté comme le plus grand apport voire le seul apport en connaissances sur la sexualité de la grossesse et du postpartum selon six participantes.

2.2. *Où peut-on chercher des informations sur la sexualité postnatale ?*

Les ressources utilisées par les sages-femmes pour chercher des données sur la sexualité sont les suivantes :

Formations complémentaires	Réseau SF IDF et collègues	Internet : sites de praticiens / de patientes	CNSF, CNGOF, Pubmed	Mémoire d'étudiant sage-femme	Pas de recherche
6	4	3	2	2	2

Tableau 7 : Ressources utilisées

2.3. *Quelles sont les formations complémentaires ?*

Sept sages-femmes, dont six libérales, ont fait des formations complémentaires qui les ont aidées à aborder la sexualité postnatale avec leurs patientes.

Alix, Elsa Gladys et Chloé ne pensaient pas, lorsqu'elles travaillaient à l'hôpital que la sexualité postnatale était un sujet à aborder avec les femmes. Lorsqu'elles se sont installées en libéral, elles se sont senties en difficulté pour pratiquer la rééducation périnéale et répondre aux questions des femmes. C'est pourquoi elles ont réalisé une formation sur la rééducation du périnée. Elsa, a ensuite réalisé un DU de pelvipérinéologie, qu'elle souhaite

compléter par un DU de gynécologie préventive et contraception. Katia a elle aussi obtenu son DU de statique pelvienne et urodynamie une fois en libéral.

Chloé a également fait un DU de périnéologie, qu'elle a poursuivi ensuite par un DIU de sexologie. Mais, malgré cette formation qui lui a apporté les connaissances théoriques sur la sexualité et ses troubles, elle éprouvait toujours une difficulté pour aborder le sujet au bon moment, avec tact. Elle a donc décidé de renforcer encore ses connaissances avec une formation en sexocorporelle qu'elle effectue actuellement.

Delphine s'est formée à la rééducation périnéale lorsqu'elle travaillait à l'hôpital. Mais, ayant envie d'aller plus loin avec ses patientes, ce qui lui était impossible à l'hôpital, elle est devenue sage-femme de PMI et a réalisé un DIU de Gynéco-psychosomatique.

Flavie a toujours travaillé en libéral, elle s'est toujours sentie très à l'aise sur le sujet de la sexualité, qu'elle a toujours considéré comme important. Cependant, son master en psychologie lui a permis de trouver différentes approches pour introduire ce sujet parfois délicat, pour faire parler les femmes et les couples, de façon plus naturelle, de leurs éventuelles difficultés. Au cours de son exercice, elle a également fait une formation sur les violences conjugales.

Idriss, qui travaille à l'hôpital a souhaité se former sur les violences conjugales, inquiet des situations délicates rencontrées parfois en suites de couches qui l'ont toujours mis mal à l'aise.

Pour quatre de ces sages-femmes, l'apport théorique les a aidées à diminuer l'appréhension pour aborder le sujet, mais n'était pas suffisant pour être vraiment à l'aise lorsqu'elles parlent de sexualité avec leurs patientes. Deux d'entre elles ressentent toujours le besoin de formations supplémentaires.

Enfin, trois des quatre sages-femmes n'ayant pas de formations complémentaires aimeraient en faire.

2.4. *Comment construire son discours ?*

« C'est en écoutant les femmes que je me suis formée et améliorée, je l'espère ! (Rire) Et voilà, et je ne pensais pas ! » - Delphine

« [Il faut en parler]… donnez-nous des outils ! (inspire un grand coup) Et bah vous vous servirez de votre expérience, tadaaa ! Oui c'est bien de dire ça, mais…! (rires) Voilà alors, même si vous n'avez pas d'expérience perso, avec des enfants et tout ça, votre expérience ça va être d'écouter vos patientes…ça sera toujours ça. » - Alix

Les sages-femmes de l'étude ont construit le discours qu'elles tiennent auprès de leurs patientes à partir de différentes sources de connaissances sur le sujet. Ces sources varient entre les unes les autres selon la distribution suivante :

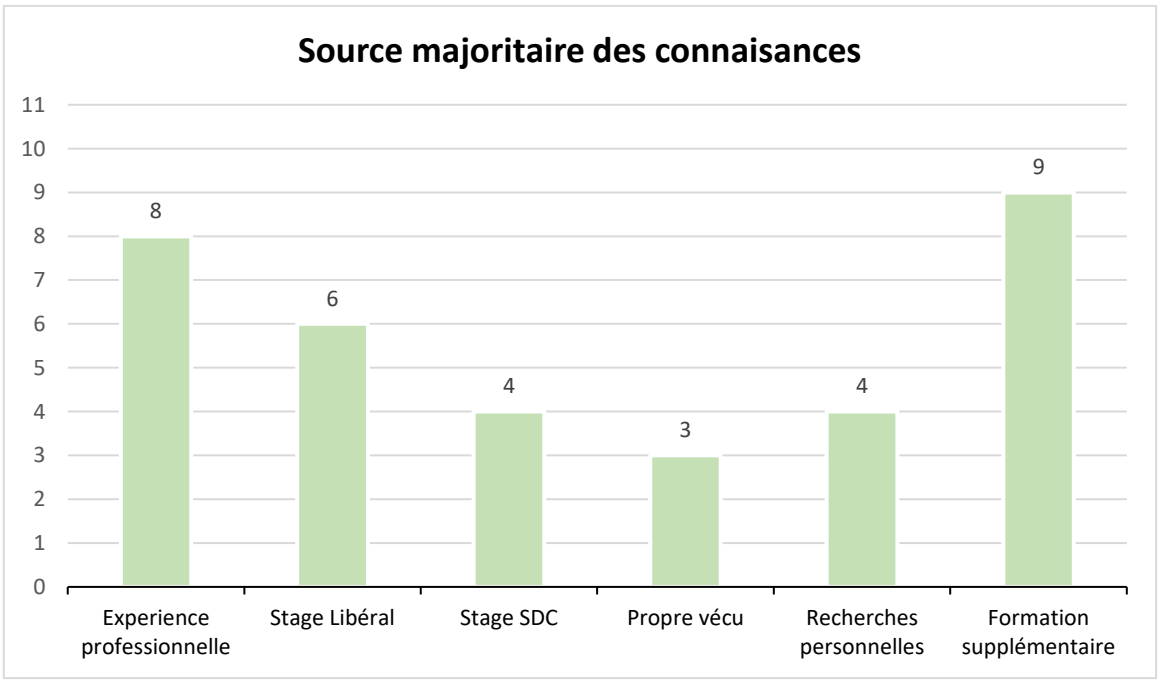


Figure 5 : Les principales ressources des participantes pour construire leur discours

Une participante a eu l'occasion d'encadrer un mémoire d'étudiante sage-femme dont le sujet était lié à la sexualité. Par ce biais, elle a découvert plus de littérature et a porté une réflexion sur de nouvelles problématiques, sur différentes façons d'aborder la sexualité avec les couples.

2.5. *Et la littérature scientifique dans tout ça ?*

Seulement trois sages-femmes ont cherché des informations sur la sexualité postnatale dans la littérature scientifique, en dehors des formations complémentaires. Les autres n'y ont pas pensé ou imaginaient ne rien trouver d'utile pour leur pratique.

Nous avons choisi de discuter des recommandations sur la rééducation du périnée issue des RPC « Post-partum » du CNGOF avec chacune d'entre elles (28). Il en est ressorti les constats suivants :

- Accord sur l'inutilité de prescrire systématiquement 10 séances. Par contre, un bilan doit être systématique pour évaluer le nombre de séances nécessaires.
- Accord avec la conclusion d'une absence d'efficacité de la rééducation sur les dyspareunies et l'incontinence à long terme si l'on se fie aux études. Le problème vient du nombre restreint d'études et de leur qualité discutable. *« les études sur la sexualité souvent….bon c'est pas l'essai contrôlé randomisé quoi ! » - Katia*
- Une prescription non systématique peut entrainer une perte de chance pour les femmes si les sages-femmes ne véhiculent plus l'importance de la rééducation du périnée en SDC

Les sages-femmes libérales qui réalisent la rééducation périnéale pensent que ces recommandations n'ont pas modifié leur pratique. Comme nous l'explique Katia :

« Les recommandations, c'est pas toujours la réalité, la vérité. Ces recommandations… tu les prends, tu les lis. Tu appliques ce qui est prouvé comme devant être fait, tu adaptes ta

pratique…mais ce qui n'est pas traité ou pas suffisamment prouvé ne doit pas être banni. […] C'est pas le rédacteur des recommandations qui est auprès de ta patiente c'est toi. Donc c'est à toi de faire ton maximum pour l'accompagner, répondre à ses questions, être bienveillante envers elle » - Katia

3. *Les difficultés rencontrées par les sages-femmes*

3.1. *Le manque de connaissance*

Sept des sages-femmes interrogées ont décrit un **manque de connaissances** qui entraine des difficultés dans leurs échanges avec les femmes autour de la sexualité postnatale.

« Parfois quand elles posent des questions, on est un peu embêtée, on ne sait pas trop quoi leur répondre…Ouais c'est dur de faire de la « prévention » sexualité parce que à part leur dire que….comme je l'ai dit, c'est quand elles le sentent avant tout…y a pas …je ne saurais pas quoi dire d'autre quoi » - Héloïse

« Finalement je me sens pas hyper compétente, euh, là-dessus, et pourtant je pense que ça fait complètement partie de nos compétences. […] J'ai pas l'impression qu'on nous disait comment prendre en charge, comment répondre aux questions… la sexualité c'était toujours un peu comme ça…en passant quoi, effleurée. » - Béa

Le manque de connaissances portait sur un ou plusieurs des thèmes suivants :

- **L'accompagnement thérapeutique** : cicatrisation difficile, douleurs périnéales et dyspareunies sans déchirures, notamment après des césariennes
- **Les questions non anatomiques** : désir, sensations, difficultés de communications dans le couple

- **La fréquence et la « normalité » des troubles** : sécheresses vaginales, béances, dyspareunies ; à partir de quand s'en inquiéter

3.2. *Les freins liés à l'activité professionnelle*

Ont été décrits comme des situations où parler de sexualité était plus difficile voire impossible les facteurs suivants :

Manque de temps en SDC	Langues, cultures, religions différentes	Violences	Décès périnatal	PMA	Migrantes et précarité	Manque de réseau	Femme seule
5	4	4	4	4	3	3	1

Tableau 8: Les différents freins évoqués

« En grossesses pathos …non j'en parle jamais. Là pour le coup je trouve ça très dur, même la contraception j'en dis un mot, je donne l'ordonnance et c'est tout. Elles restent tellement peu de temps et c'est très dur pour elles. Donc là non j'en parle pas du tout » - Julie

« Les femmes victimes de violences, les contextes psychosociaux lourds…C'est vrai que c'est difficile. Là c'est vrai que la sage-femme à domicile ça peut être encore mieux, parce qu'elles sont plus dans l'hospitalisation, on a un rôle trop médical pour elles. » - Héloïse

3.3. *Autres raisons*

Cependant, certaines des participantes n'évoquent pas toujours la sexualité pour des raisons personnelles, dont les suivantes ont été citées :

Pas d'intérêt en prénatal	Pas d'intérêt en SDC	Pas d'intérêt en VAD	Pas en tant qu'étudiante / jeune diplômée	Pas avant l'exercice libéral
2	2	2	3	3

Tableau 9 : Non abord de la sexualité postnatale

L'autre frein, souligné par Idriss notamment, est le caractère tabou de la sexualité de façon générale, et encore plus de celle du postpartum.

3.4. *Un sujet tabou pour les patientes et les professionnels*

« Le tabou il vient de beaucoup plus en amont…et comment le résoudre je ne sais pas. Il vient de la sexualité en général. Déjà si les femmes étaient plus à l'aise avec leur sexualité de manière générale et que les hommes reconnaissaient et étaient à l'aise avec la sexualité des femmes en général, on pourrait envisager de réfléchir à la sexualité en postpartum, même si je pense que le tabou est encore plus fort. » - Idriss

SF	Sujet tabou pour les patientes	SPN tabou si abordé par la SF	SPN tabou pour les professionnels de périnatalité
Alix	Incontinences	Non	Oui car trop d'affects
Béa	Selon l'éducation/culture Au 1er contact	Non	Oui comme beaucoup de sujets du PP : image sociétale parfaite de la mère comblée
Chloé	Toutes : ne posent pas de questions	Oui si SF mal à l'aise	Pas tabou mais mal à l'aise
Delphine	Connaissance du corps et fonction sexuelle Niveau socio-éco élevé	Non	Mal à l'aise et manque de temps pour justifier le non abord
Elsa		Non	Oui : ne pas ouvrir la porte ou vite la refermer
Flavie	En consulte plus qu'en RP	Non	Tabou car tabou dans la société
Gladys		Non	
Héloïse	Pas de questions		Se limiter au minimum, au stricte médical, sinon mal à l'aise
Idriss	Sexualité féminine en général	Oui si SF mal à l'aise	Tabou car tabou dans la société
Julie	Pas de questions	Ne l'aborde pas	Tabou en général et encore plus en PP. sujet absent des recos car pas prioritaire et mal à l'aise
Katia	En parler au sein du couple Sexualité féminine en général	Non	Tabou pour certains

Tableau 10 : La présence du tabou

« Ça c'est des résistances de soignants, les soignants font partie de la société. Du coup à mon sens, vu que la sexualité reste un sujet tabou dans notre société, les soignants il n'y a pas de raison qu'ils soient épargnés de ça. » - Flavie

3.5. *Un sujet tabou pour les participantes*

Cinq participantes ont affirmé que la sexualité postnatale est un sujet qui a été **tabou** pour elles et l'est parfois encore un peu pour quatre d'entre elles. Par l'étude du non verbal,

de l'attitude et des réactions aux questions, il semblerait que ce sujet rende quatre sages-femmes parfois mal à l'aise et gênées (rougissement, attitude réservée ou fermée, tics…).

4. *Autres résultats*

Au fil des entretiens, les sages-femmes ont apporté des réflexions sur leur abord de la sexualité qui n'avaient pas été envisagées par la grille initiale. Celle-ci a donc été enrichie par plusieurs éléments. Le plus important est le lien quasi-systématique entre l'abord de la sexualité et les **violences** faites aux femmes, dont les résultats sont cités précédemment.

4.1. *Limite des compétences et réseau d'orientation*

Les participantes ont souligné l'importance du réseau et ont toutes donné leur champs de réorientation lorsqu'elles atteignent la limite de leurs compétences /connaissances.

Dépiste mais ne réalise pas la prise en charge (hospitalière, PMI)	5
Difficultés psychologiques	3
Périnée parfaitement cicatrisé mais gènes persistantes	3
Absence d'amélioration des plaintes après rééducation manuelle et par sonde	2
Contexte psychosocial compliqué surajouté	2
Troubles persistants ou non reprise des rapports sexuels à 6 mois	1

Tableau 11 : Raisons d'orientation

Psychologues	Sexologues	Gynécologues spécialisés	Ostéopathes	SF PMI	SF libérales	Conseillères conjugales	Pédopsychiatre
6	4	3	3	3	3	1	1

Tableau 12 : Réseau de réorientation

« Si vous êtes seule et que vous n'avez pas de réseau d'adressage c'est compliqué. Donc vous ne vous aventurez pas sur des terrains glissants, vous n'ouvrez pas la porte. Donc il faut se constituer un réseau. » - Katia

4.2. *Les différentes voies d'accouchements*

Certaines ont parlé spontanément de l'impact des différentes voies d'accouchements sur la sexualité postnatale, nous avons donc intégré cette variable à notre grille d'entretien.

Toutes déchirures périnéales = + de troubles	Aucune différence observée	Reprise plus simple/rapide pour les césariennes	Troubles existant aussi pour les césariennes
6	4	2	2

Tableau 13 : Différences entre voies d'accouchements

Enfin quatre sages-femmes affirment que le sujet de la sexualité postnatale est fortement lié à celui du vaginisme et pensent que ce sujet aurait également pu être abordé.

Analyse et Discussion

1. L'abord de la sexualité postnatale

1.1. *Le contenu de l'information*

Nous discuterons ici des sujets évoqués, selon les résultats, par une ou plusieurs sages-femmes de l'étude lorsqu'elles abordent la sexualité postnatale avec leurs patientes.

a. La reprise des rapports sexuels

Les indications temporelles pour la reprise des rapports sexuels données aux patientes sont diverses dans notre population d'étude. Soit aucune limite temporelle n'est donnée, soit un délai minimum d'attente est conseillé. Des indicateurs de temps moyen sont observés et certaines considèrent même un délai maximal d'attente à ne pas dépasser.

Selon les études qui existent par ailleurs, la reprise d'une activité sexuelle après un accouchement est très variable, allant de quelques jours à six mois. Aucune contre-indication médicale ou délai minimal d'attente n'est mentionné. De même l'existence d'un risque infectieux liée à la présence des lochies, à la non fermeture du col de l'utérus ou à la présence de sutures n'est pas établi (29,30). La moyenne temporelle de reprise des rapports se situe entre 6 et 8 semaines, période de la visite postnatale (9). La moitié des sages-femmes de notre groupe indiquaient, en accord avec la littérature, une absence de délais pour la reprise des rapports. Cependant, aucune n'a su justifier ce constat, deux d'entre-elles ont affirmé : « *c'est ce qu'on nous avait dit à l'école, je crois* » - *Julie*.

Nous nous sommes donc demandé si cette information provenait d'un discours véhiculé et reproduit par les sages-femmes ou d'un réel apprentissage. La formation de sage-femme insiste sur l'information éclairée des patientes. Il s'agit de justifier nos propos,

sans nous baser sur des « on-dit » ou sur le discours le plus couramment observé. L'information sur la sexualité ne devrait pas relever de la même approche, d'où l'importance d'un socle commun de connaissances sur ce sujet.

A l'inverse, trois sages-femmes pensent qu'une reprise tardive du coït est également un risque pour la sexualité future du couple. Faute de temps, nous n'avons pas pu creuser l'origine de ce constat et en discuter avec les participantes. Cependant, à travers nos recherches, nous avons trouvé très peu de littérature sur ce sujet. La seule étude à laquelle nous ayons eu accès, celle de Brummen et al. réalisée en 2006, montre qu'il existe une corrélation entre la non reprise des rapports à trois mois du postpartum et l'absence de rapport sexuel un an après l'accouchement (31). Si cette corrélation existe réellement, elle pourrait remettre en question un discours assez ancré chez les sages-femmes. C'est ce que reflète le témoignage de la majorité des sages-femmes de notre étude, qui n'indiquent pas de délai pour la reprise des rapports. Il serait intéressant d'étudier plus précisément ce lien entre la reprise de la sexualité après l'accouchement et l'activité sexuelle à plus long terme.

Neuf des onze sages-femmes de l'étude observent une attente de la consultation postnatale par les femmes pour la reprise des rapports sexuels. En 2011, Olson et al. dans leur travail, soulignent que la visite postnatale est considérée par 65 à 85% de patientes comme l'autorisation, ou non, de reprendre une vie « *normale* ». C'est une consultation dédiée à l'information, la discussion, l'évaluation du « *retour à la normale* » du corps et au dépistage de difficultés éventuelles (15). Mais la corrélation avec ces résultats peut être biaisée par la composition de notre échantillon. En effet, sept des onze participantes travaillent en libéral et réalisent des visites postnatales. Il n'est pas certain que nous aurions obtenu les mêmes résultats si l'échantillon était majoritairement composé de sages-femmes hospitalières.

Si comme les neuf participantes, les études s'accordent à dire qu'il n'existe pas de raisons médicales d'attendre la visite postnatale pour reprendre une sexualité, pourquoi les

patientes ont-elles cette notion ? Nous avons observé que deux des quatre sages-femmes hospitalières interrogées conseillent d'attendre la visite postnatale pour parler de la reprise des rapports : c'est là que sera abordée la sexualité, selon elles. Si leur opinion est partagée par beaucoup de leurs consœurs, on peut imaginer que cela participe à l'attente de la visite postnatale par les mères. Une étude spécifique permettrait de mieux comprendre les facteurs influençant cette attente de la part des femmes.

b. Le rôle du père

Quatre sages-femmes du groupe ont évoqué le partenaire masculin comme un facteur influençant sur la femme pour la reprise des rapports sexuels.

« Généralement celles qui en parlent c'est euh, parce que leur mari leur en a déjà parlé […] et elles se disent que c'est inconcevable que lui, il attende pendant deux semaines voire même un ou deux mois et qu'il va falloir faire quelque chose donc elles veulent savoir comment faire au plus vite. » - Idriss

Dans les études en effet, les hommes sont souvent initiateurs du premier rapport sexuel en période postnatale (17). Cependant, ce constat est à relativiser. Les études qui s'intéressent aux vécus des pères, montrent que le postpartum les touche aussi. La fonction sexuelle des hommes est parfois diminuée, l'appréhension et les traumatismes sont également présents (9,32,33). On peut se demander si l'image sociétale du rapport de l'homme à la sexualité participe à cette initiative. L'idée courante que les hommes souhaitent une reprise rapide des rapports sexuels modifie-elle l'approche du sujet pour certaines sages-femmes, comme pour Idriss ?

La position défensive adoptée par certaines sages-femmes dans notre étude n'est peut-être pas objective mais biaisée par un devoir de prévention des violences faites aux femmes. On sait qu'il existe un phénomène de renforcement de la vigilance d'une personne

suite à une expérience négative. Dans ce cas, une expérience personnelle ou professionnelle de comportements masculins malveillants (infidélité, pressions, violences...) peut aussi impacter le regard de la sage-femme.

c. La peur

C'est le mot le plus cité par le groupe d'étude pour décrire la sexualité postnatale. Dans la littérature comme pour les participantes, la peur peut avoir diverses origines et de nombreuses conséquences pour le couple dans le postpartum (7,21). L'homme a peur de l'inconnu. C'est par la connaissance et la maitrise qu'il arrive à gérer son appréhension. Les sages-femmes participantes appliquent ce principe, parfois même presque inconsciemment. Elles informent les parents sur ces sujets de peurs dans le but d'améliorer leur vécu du postpartum.

Certaines utilisent même ces craintes comme des portes d'entrées pour aborder la sexualité. Par l'information sur divers thèmes du postpartum, que nous allons voir à présent, elles abordent la sexualité postnatale. Elles donnent ainsi aux femmes des connaissances leur permettant un certain contrôle de leur sexualité.

« Et là, une femme informée va beaucoup mieux qu'une femme qui ne l'était pas. » - Elsa

d. Une sexualité différente

La sexualité postnatale est décrite comme une expérience nouvelle et différente par cinq participantes. Elles présentent cette période comme une occasion pour le couple de se redécouvrir dans sa sexualité, d'essayer de nouvelles pratiques, de nouvelles positions.

Les pratiques sexuelles après l'accouchement ont été étudiées à plusieurs reprises. La fréquence du coït est souvent diminuée, certains auteurs citant moins de 5 coïts par mois.

Mais ce chiffre augmente à nouveau après plusieurs mois, dans les études qui s'y intéressent (11,19). La tendresse et le recours aux caresses et aux baisers restent identiques par rapport à l'anténatal et la grossesse. Les autres pratiques sexuelles comme la masturbation, le sexe oral, le sexe anal et l'utilisation de sextoys sont très peu étudiées. La masturbation mutuelle semble être la pratique la plus courante pour initier la reprise d'une activité sexuelle dans le postpartum (17). En ce qui concerne les positions, nous n'avons pas trouvé d'études interrogeant les patientes sur leurs préférences ou sur l'existence de postions conseillées dans le postpartum.

Trois des sages-femmes qui abordent ce versant de la sexualité postnatale soulignent qu'elles ne donnent pas d'exemple précis de pratiques à réaliser mais qu'elles invitent les couples à s'écouter, à être créatifs, car le rythme du couple est souvent bousculé par celui du nouveau-né. Flavie, par exemple, utilise une approche ludique par des images ou des situations pour aborder le sujet. Elle cite notamment les images du Kâma-Sûtra de la grossesse de Chantale Fabre-Clergue (Annexe 3).

« L'arrivée de ce bébé, de ce que ça va changer au sein du couple, de l'équilibre. On discute aussi du fait que si on veut un rapport sexuel le mardi de 20 à 21h dans son lit c'est chaud. Et donc que faut faire preuve de plus d'inventivité avec un nouveau-né dans les parages… également que la sexualité ne se résume pas à la pénétration et donc que d'autres modes de sexualité existent » […]

« On envisage qu'il y a peut-être une sexualité un peu différente, je leur parle du Kâma-Sûtra de la grossesse et d'images rigolotes sur la sexualité pendant et après la grossesse… » - Flavie

Nous avons noté que moins de la moitié des sages-femmes de l'étude choisissaient d'aborder l'intégration de la sexualité et des pratiques sexuelles dans le rythme de vie et les contraintes imposés par l'arrivée d'un nouveau-né. Parmi les cinq sages-femmes qui l'abordaient explicitement, une le faisait uniquement si le couple amenait le sujet. Les autres, qui en discutaient systématiquement, étaient les sages-femmes les plus impliquées et formées sur le sujet de notre étude, la sage-femme sexologue par exemple.

Nous nous sommes donc demandé si un abord plus poussé et plus spécifique de la sexualité postnatale nécessitait une formation supplémentaire ou un engagement plus fort de la part des sages-femmes. Est-ce un hasard de notre échantillon ou certains sujets sont-ils plus particulièrement abordés par les sages-femmes « engagées » et formées ?

On pourrait alors considérer qu'il existe deux niveaux de prévention possible :

- L'information réalisée par toutes les sages-femmes avec des connaissances générales sur le sujet,
- L'information plus poussée que choisissent de faire celles qui s'en sentent capables.

e. L'accouchement

Les césariennes qui elles, ont la douleur au niveau de la cicatrice abdominale, mais en bas elles n'ont pas forcement eu de déchirure ou quoi, du coup au final les rapports sont peut-être plus simple, reprennent plus tôt. » -Héloïse

« J'avais eu le cas sur une patiente qui avait eu une césarienne, et qui avait hyper mal pendant les rapports…et moi j'avais un peu du mal à comprendre…Impossible de l'examiner alors qu'avant la grossesse pas du tout. Pourtant, elle n'avait pas d'enfant qui était passé par voie basse, le périnée était tonique, y avait aucun problème... » - Béa

L'impact de la voie d'accouchement sur la reprise de la sexualité est un sujet qui fait débat, autant dans notre groupe d'étude que dans la littérature (14). La césarienne favoriserait une reprise plus simple et plus rapide de la sexualité, et entrainerait moins de difficultés sexuelles telles que l'incontinence, la sensation de béance et les dyspareunies (9). Plusieurs études, au contraire, démontrent qu'il n'existe pas de différence dans la sexualité des femmes selon le mode d'accouchement (34,35). Une part des troubles tels que la béance vulvaire, l'incontinence et les dyspareunies, sont liés au climat hormonal de la grossesse.

Elles s'améliorent physiologiquement pour toutes les femmes dans les trois premiers mois du postpartum (29,30).

Un lien est établi par sept sages-femmes de notre étude entre les déchirures périnéales et la présence de dyspareunies postnatales. Selon elles, un périnée intact entrainerait une meilleure sexualité. A l'inverse, n'importe quelle lésion vaginale pourrait avoir des conséquences lourdes ; de l'éraillure à l'épisiotomie, en passant par les déchirures du 1er et 2ème degré. Leur information porte donc majoritairement sur la prévention des lésions périnéales et sur la dédramatisation de l'épisiotomie.

« Je ne pensais pas moi, naïvement, qu'une petite éraillure de rien du tout de notre point de vue pouvait être aussi blessante, être un point de douleur, une atteinte à la sexualité d'une femme » - Delphine

Cette notion n'est que partiellement retrouvée dans la littérature. Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists stipule que le degré de traumatisme périnéal est directement lié à la douleur lors du rapport sexuel. En d'autres termes, plus la déchirure est grande plus elle fait mal (7,36). On peut penser que cette discordance de résultats est due à la taille réduite de notre échantillon d'étude. D'autre part, plusieurs sages-femmes ont reconnu ne pas faire attention à la voie d'accouchement et aux déchirures lors des consultations pour dyspareunies. Elles notent globalement plus de difficultés lors de déchirures périnéales, mais aucune n'a su se prononcer plus précisément.

Il serait intéressant de réaliser une étude à grande échelle, qui observerait si l'information et l'abord de la sexualité par les sages-femmes diffèrent selon l'histoire de l'accouchement. La voie d'accouchement et le degré de lésion périnéale pourraient alors être évalués mais aussi la présentation, le poids de naissance, le temps d'expulsion et d'autres paramètres influençant l'état périnéal et peut-être la sexualité postnatale.

f. L'allaitement maternel

« Si on allaite alors les seins dans ces cas-là, les seins n'ont aucune fonction sexuelle. A partir du moment où on devient maman qu'on allaite on ne ressent pas du tout ça comme un objet de désir ou de sexe… on est coupée en deux. » - Alix

Le postpartum est une période forte en modifications hormonales, que l'allaitement maternel fait persister selon la majorité des sages-femmes de notre étude. Cinq sages-femmes utilisent l'abord de l'allaitement maternel pour introduire la sexualité. Alix explique que la prolactine diminue la libido, d'autres disent que les œstrogènes sont responsables des sécheresses vaginales. Qu'en est-il vraiment ?

Au cours de la grossesse, l'œstrogène et la progestérone inhibent la sécrétion de prolactine. L'accouchement signe la levée de cette inhibition hormonale. Le taux de progestérone et d'œstrogène chute dans les premiers jours du postpartum et entraine une augmentation de la sécrétion de prolactine. Cette forte baisse ostrogénique favorise l'installation d'une sécheresse vaginale. La prolactine est produite physiologiquement par la stimulation du sein, ce qui génère la lactation, mais elle est également produite par l'activité sexuelle. La prolactine favoriserait donc plutôt l'augmentation de la libido, contrairement aux propos tenus par Alix, et peut-être d'autres sages-femmes.

L'ocytocine, elle, entraine une contraction des cellules myoépithéliales du tissu mammaire, ce qui permet de déclencher le réflexe d'éjection du lait. C'est aussi une hormone centrale de la sexualité, sécrétée lors des comportements sexuels. La sécrétion de cette hormone dans l'une des situations peut donc stimuler l'autre : l'allaitement favorisant la sexualité, la sexualité favorisant le réflexe d'éjection. Ces situations sont vécues de façon partagée par les femmes et les couples. Selon l'étude menée par Avery et al. en 2000, l'allaitement renforçait la libido de certaines mères et elles reprenaient une sexualité plus rapidement. Pour d'autres, la tension mammaire, la sécheresse vaginale et l'éjection de lait au cours des rapports sexuels avaient un impact négatif sur la sexualité. Bien souvent

l'allaitement primait sur le désir sexuel. A la visite postnatale, 74.6% des femmes de l'étude rapportaient que l'allaitement n'était pas un problème. (37). Ces résultats diffèrent dans d'autres études, où l'allaitement retardait la reprise d'une sexualité à plusieurs mois du postpartum pour la majorité des couples (38,39).

Le sein est un caractère sexuel secondaire chez la femme. Son image au cours de l'allaitement peut donc être une source de chamboulement pour le couple. C'est ce qu'illustre Agnès Marrie dans son mémoire « Sein érotique, sein nourricier : L'allaitement maternel a-t-il un impact sur la sexualité des couples en post-partum ? » réalisé en 2014 (40). C'est un sujet qu'abordent très peu de sages-femmes de notre étude. Est-ce parce qu'il est très peu étudié ? Ou que ce sujet est un versant encore plus tabou de la sexualité postnatale ? Les études rejoignent les témoignages de quelques sages-femmes participantes pour affirmer que l'allaitement maternel, est un facteur impactant la sexualité des couples et donc une approche possible pour l'aborder.

Pour éviter les confusions ou les projections personnelles telles que nous les avons observées dans le discours d'Alix, il semble important que les sages-femmes maitrisent ces mécanismes hormonaux et les enjeux de ce sujet. Nous pouvons supposer que le lien avec la sexualité ne fait pas toujours partie des enseignements, relativement nombreux, sur l'allaitement maternel.

g. La contraception

« C'est plus simple d'avoir une bonne sexualité quand on a une bonne contraception. » – Elsa

La contraception est un sujet très présent dans le postpartum, toutes les sages-femmes de l'étude en ont d'ailleurs parlé. Cependant, Delphine nous fait remarquer que

« les patientes reçoivent souvent un discours sur la pilule et le risque de grossesse, […] un discours de peur, de négatif, de danger avec la contraception à tout prix…».

Il est certain que la prévention des grossesses rapprochées est une priorité pour les professionnels de santé. Elle est encore plus forte pour les praticiennes de suites de couches, qui réalisent cette prévention dans un cadre systématique. Leur objectif est de toucher, en particulier, celles qui sortiront du parcours de soin après la maternité : qui n'auront ni visites à domicile ni consultation postnatale, pour des raisons diverses et variées. Toutes les sages-femmes hospitalières de notre groupe insistent d'ailleurs sur le retour de couches, l'ovulation possible dès 3 semaines après l'accouchement et l'importance d'une contraception efficace. Pourtant, la peur d'une grossesse et les doutes liés à la contraception sont encore évoqués comme des raisons de non reprise des rapports sexuels chez certaines patientes (17).

La survenue de grossesses dans les premiers mois du postpartum implique l'existence d'une reprise des rapports sexuel dans cette période (28). Ce lien est souvent implicite et très peu évoqué par les professionnels. On peut penser que l'absence d'informations sur la reprise de la sexualité engendre une non prise de conscience des femmes qui ne se projettent pas dans la sexualité si proche de leur accouchement. Cette absence de prise de conscience peut-elle être à l'origine d'un refus d'information et de prescription de contraceptifs ? Ces patientes, une fois chez elles, ne savent alors pas vers qui se tourner pour poser leurs questions. Dans ce cas, certaines n'osent pas avoir de rapports sexuels malgré l'envie, d'autres en ont, avec un défaut de contraception. C'est l'idée que soutient Héloïse :

« Pour moi, c'est quand même une part de notre responsabilité que ce soit entendu. Même si c'est pas forcément un très gros point, selon comment chacune se sent avec le sujet, mais qu'elles aient au moins une fois entendu la sage-femme en parler pendant leur séjour, […] parce que parfois elles y pensent pas du tout, ou alors c'est tabou je sais pas […]. Je leur dis si jamais y a des questions

qui vous viennent bah y a la sage-femme à la maison, le PRADO, l'HAD ou la visite postnatale…Mais de pas attendre 6 semaines pour en parler si ça va pas. Parce que ici le séjour est tellement court et dense que il n'y a pas la place pour que la réflexion se fasse, mais je pense qu'au bout d'une semaine à la maison …bah oui elles se posent des questions, elles y repensent. » - Héloïse

Aborder la contraception dans le postpartum est un sujet primordial, et la reprise des rapports est parfois utilisée très brièvement comme « porte d'entrée » pour parler de contraception. Mais on pourrait aussi se dire que la contraception est une approche pour évoquer l'existence d'une sexualité dans une période où les peurs et les doutes sont si nombreux.

S'il est important de sensibiliser les patientes sur la contraception dans le postpartum parce qu'elles ne verront peut-être pas d'autres professionnels qui la prescrira avant la reprise des rapports sexuels, n'est-il pas aussi important d'évoquer avec elles ce sujet qu'elles n'auront peut-être pas l'occasion d'aborder non plus ?

h. La relation de couple

L'arrivée du bébé modifie la relation du couple, quelle que soit la parité. Même s'il arrive que la naissance ait pour résultat un rapprochement du couple, avec un intérêt partagé pour l'enfant et une complicité propice à la tendresse, ce n'est pas la situation la plus fréquemment décrite dans les études comme par nos participantes. On observe majoritairement un priorisation des besoins du nouveau-né sur toutes autres considérations, aussi bien de la femme pour elle-même que pour son partenaire. La fatigue, le stress, le manque de sommeil, la présence du bébé dans la chambre, les difficultés organisationnelles, la diminution du temps passé en couple et le manque de communication sont cités par tous comme des facteurs entrainant une détérioration de la relation du couple et de la satisfaction affective (17,21).

« Prendre du temps, de se retrouver, de laisser la place au papa, […] en fait ce qu'il faut c'est désamorcer tout ça, c'est trouver les conflits qui pourraient se générer. Donc comment on s'occupe du bébé ? Voilà c'est là-dessus qu'ils vont s'embrouiller, « tu sais pas mettre la couche !» et voilà c'est parti, et une fois qu'ils se prennent le nez sans arrêt sur des trucs, ils n'ont pas envie de faire l'amour après. Donc c'est déjà de trouver une bonne entente, ensemble. De se partager les tâches, de prendre du temps pour se reposer, pour dormir, de laisser le papa faire un peu tout seul. […]De pas tout le temps être omniprésente, de lâcher un petit peu. De pas vouloir que tout soit toujours parfait » - Chloé

Pour la mère, l'image corporelle, le contrôle de son corps, le sentiment de désirabilité et de féminité sont particulièrement impactés après l'accouchement. Comme en témoigne Alix : *« on est tellement déformée entre les kilos, le côté flasque, qu'on se sent pas très glamour et ça aide pas non plus tout ça ! »*

M-H Colson nous rappelle, dans une étude américaine de 2005 auprès de 600 jeunes accouchées, que 47 % ne sont pas satisfaites de leur corps trois mois après l'accouchement, dont elles gardent une image déformée. Pour de nombreuses femmes, la difficulté à se sentir désirable est davantage responsable de difficultés dans le postpartum que pendant la grossesse (5). Il est donc important de rassurer les femmes sur l'aspect transitoire de certaines sensations et que souvent, ces modifications corporelles ne modifient pas le désir du partenaire. Les aider à se réapproprier leur schéma corporel en leur donnant les moyens de prendre du temps pour elles, de perdre le poids accumulé lors de la grossesse. Enfin, de favoriser les moments partagés dans le couple (21,41,42)

Cette tension dans la relation parentale peut être particulièrement dramatique lorsqu'elle n'est pas prise en charge, et les conséquences sont parfois irrémédiables. Dans la période du postpartum, les études montrent une recrudescence de l'infidélité, des ruptures, des divorces et les violences conjugales (43,44). Rappelons qu'en France près de 45% des mariages finissent par un divorce. Ce taux ne prend pas en compte les séparations de couples non mariés. Les conséquences de ces séparations sont les familles recomposées qui

concernent environ 8% des familles françaises et plus de 1,6 millions d'enfants. Selon l'INSEE, les causes de ruptures sont principalement l'infidélité (un tiers des demandes de divorces), l'égoïsme du partenaire décrit par le manque d'affection et de soutien (dans l'éducation des enfants et le quotidien notamment), le mauvais caractère, les comportements abusifs (jalousie…) et les désaccords concernant l'avenir (maison, enfants…) à l'origine de près de 15% des demandes de divorces (45). Ces séparations ont lieu dans près de 20% des cas dans les quatre premières années qui suivent la naissance d'un enfant. Des études ont montré l'impact négatif de la séparation de jeunes parents sur la santé physique et mentale des deux partenaires mais aussi sur le développement affectif, cognitif et physique de l'enfant (40).

En tenant compte de ces données, nous pensons que la prise en considération de l'entente et de la satisfaction affective au sein du couple dans le postpartum participe à un enjeu de santé public. Ce sujet est lié à celui de l'histoire des familles et au bien-être des enfants qui y grandissent. Ce d'autant plus que ces séparations ne se font pas toujours par entente mutuelle et qu'elles peuvent être synonymes de violences, envers l'un des partenaires, ou envers l'enfant.

i. Les violences

Lors de la réalisation des entretiens, le lien presque systématique qu'ont fait huit des onze sages-femmes entre la sexualité dans le postpartum et les violences faites aux femmes, qu'elles soient conjugales ou générales, nous a interpelé. Nous n'avions pas envisagé l'abord de notre sujet par cet angle-là. C'est pourtant, malheureusement, une réalité fortement soulignée par les participantes.

« Mais aussi les disputes qui sont plus fréquentes… c'est la porte ouverte aux violences, dans le couple mais aussi sur le bébé… » - Katia

En 2013, selon l'enquête réalisée par la MIPROF, 219 000 femmes de 18 à 59 ans vivant en France métropolitaine, sont victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles chaque année. Ces résultats ne prennent pas en compte les violences verbales ou psychologiques (menaces, dénigrement, chantage affectif…). Dans le contexte de ces violences au sein du couple 25 enfants mineurs ont été tués par l'un de leurs parents. (41). Les problématiques des violences conjugales et parentales sont multiples et liées. Cela rend l'étude de ce sujet particulièrement difficile et sensible, comme le démontre Claire Chamberland en 2004, dans son livre « Violence Parentales et Violences Conjugales » (46). Plusieurs études réalisées au Canada et aux Etats-Unis concluent qu'ils existe une recrudescence des violences dans le postpartum lorsqu'elles sont préexistantes à la grossesse ou déjà présentes pendant la grossesse (47). L'apparition de violences en postpartum dans des couples n'ayant aucun antécédent est plus difficile à évaluer. La première étude européenne sur le sujet parait en 2000 dans l'European Journal of Obstetrics & Gynecology (48). Elle conclut que la survenue des violences n'est pas corrélée à une période particulière de la vie reproductive des femmes, ni à une classe socio-économique particulière. La difficulté de réalisation de ces études et leurs nombreux biais sont néanmoins soulignés. Tous les auteurs relèvent le nombre important de non réponses aux enquêtes et la subjectivité des réponses négatives. Comme les femmes n'osent pas toujours rapporter les violences, les résultats sont probablement sous-estimés et difficilement interprétables.

Bien que les résultats de la littérature soient discordants, les violences conjugales et parentales après la naissance d'un enfant existent et restent un enjeu de santé publique majeur. Les sages-femmes sont de plus en plus sensibilisées à réaliser la prévention et le dépistage de ces violences, qui deviennent une part obligatoire de l'interrogatoire en anténatal comme en postnatal. Elles doivent donc être prêtes à accompagner ces femmes, ce qui n'est pas toujours évident, comme en témoignent les participantes de notre enquête.

Pour deux participantes, ne pas aborder ce sujet et ne pas prendre correctement le temps de le faire relève même d'une forme de violence médicale, de maltraitance. C'est ce que nous explique Idriss par ces propos :

« Et même si je savais quoi en faire, j'aurais l'impression d'être malveillant et violent parce que j'aurais pas le temps de le faire correctement. […] Si t'as ouvert la porte et si tu l'écoutes pas quand elle prend le risque d'en parler, c'est de la violence médicale parce que au moment où elle était en détresse, où elle pensait avoir enfin trouvé un professionnel, comme une sage-femme, à qui elle pouvait en parler et que tu l'écoutes pas ! Elle sait plus à qui elle peut faire confiance, si ça vaut le coup d'aborder le sujet…Parce que si c'est pas la sage-femme, ou la psychologue, qui te parle de sexualité et qui t'écoute ta détresse, c'est qui ?! » - Idriss

Dans le cadre des réflexions actuelles sur les violences obstétricales et gynécologiques, cette constatation semble très intéressante. Le non abord de la sexualité ou des violences par les sages-femmes engendrent-ils un défaut d'accompagnement de femmes, et des couples, en nécessité ? L'absence d'occasion, d'écoute et de réponse par les sages-femmes autour de ce sujet participent-elles à une forme de violence de la part du personnel médical ? Une étude centrée sur cette problématique pourrait apporter de nouvelles pistes pour améliorer la prise en charge professionnelle des patientes.

j. Le psychologique

« On n'a pas forcement conscience nous que 30 à 40% des femmes sont dans un état de stress post- traumatique après un accouchement …normal ! » - Delphine

Dans les bouleversements psychologiques postnataux, le plus fréquent est le « babyblues ». Décrit par Yalom en 1968 comme « la dépression du troisième jour », le babyblues est présent chez 60 à 80% des accouchées. Il est physiologique, commence autour du troisième jour et disparait 8 à 10 jours plus tard. Selon les psychanalystes, il est le témoin

de la rencontre entre le bébé réel et l'enfant fantasmatique et imaginaire. Cet état transitoire peut nécessiter une prise en charge s'il se prolonge ou que son intensité est majeure. Le risque est celui de la dépression du postpartum ou des accidents de la puerpéralité. Les sages-femmes du groupe n'ont pas mentionné le baby blues ni les psychoses puerpérales. Cependant, plusieurs ont fait une corrélation entre difficultés sexuelles dans le postpartum et dépression postnatale.

La dépression du postpartum concerne 15% des accouchées mais serait très largement sous-diagnostiquée (d'environ 50%). Elle survient entre la deuxième semaine et l'année qui suit l'accouchement. Son pic d'incidence se situe entre trois et six semaines post-partum, aux alentours de la consultation postnatale. Les recommandations récentes nous rappellent que « *compte tenu de sa prévalence et du fait de ses conséquences pour l'ensemble de la famille, elle constitue un véritable enjeu de santé (NP2) […]. Le dépistage précoce et le traitement des troubles psychiques sont essentiels pour le fonctionnement familial et la relation parents-enfant* » (28) Les sages-femmes, en tant que professionnelles réalisant des visites postnatales et la rééducation périnéale, sont sensibilisées au dépistage de la dépression postnatale qui se manifeste lors de cette période. Une nouvelle fois, l'accent est porté sur le dépistage et la prise en charge, la prévention, quant à elle, reste dans l'ombre. Toutefois, certaines sages-femmes de notre étude lient le bien-être dans l'intimité au bien-être psychologique, elles utilisent une approche globale de la relation au corps et au partenaire pour réaliser une double prévention : à la fois les troubles de l'humeur et les difficultés sexuelles.

Les études prouvent qu'il existe un lien entre la dépression et la sexualité postnatale. Il est facilement compréhensible qu'un état dépressif ne soit pas propice au désir et à l'excitation sexuelle. Mais la réciproque existe également : l'absence d'épanouissement dans les relations intimes et les conflits conjugaux favorisent le repli sur soi, le découragement et l'installation d'un épisode dépressif (49).

La dépression du postpartum représente également un enjeu de santé publique. Dans ce cadre, des facteurs de risques ont donc été identifiés pour favoriser le dépistage et le traitement de ce trouble. Selon les concepts de santé publique, la prévention prend place avant le dépistage et a pour but de limiter l'apparition des facteurs de risque. C'est donc sur la prévention qu'il est important d'insister pour diminuer la prévalence de la dépression et ses conséquences.

Nous avons montré que la qualité des relations intimes dans le couple après un accouchement retentit sur plusieurs sujets de santé publique actuels majeurs. C'est un facteur de risque identifié de mal-être, de dépression, de violences, de séparations… Cela signifie que la prévention autour de la sexualité postnatale participe directement à la prévention du bien-être et de la santé physique et mentale de la femme, mais aussi du partenaire et de l'enfant au cours de cette période.

1.2. *Les différentes approches pour parler de sexualité postnatale*

a. Le moment

« J'en parle aussi à ce moment-là…c'est vrai, en fait j'en parle beaucoup hein finalement ! » - Elsa

« La sexualité pendant les cours de prépa j'en parle jamais. Je n'arrive pas à trouver à quel moment le faire. » - Chloé

Toutes les sages-femmes de notre enquête pensent que la consultation postnatale et la rééducation périnéale sont des moments où la sexualité doit être abordée. En revanche, la prévention en anténatale et en suites de couches n'est pas aussi évidente pour toutes. Pourtant, les résultats de l'étude de Claire Foucault en 2011 auprès de 128 femmes mettent l'accent sur ces deux temps (12). La majorité des patientes interrogées (30%), trouvent que l'entretien de sortie en suites de couches est le moment idéal pour aborder la reprise de la

sexualité. Le deuxième étant les séances de PNP (24%) puis la consultation postnatale et la rééducation périnéale (20 et 19%). L'EPP et les consultations prénatales venaient en dernier (7%). Ces résultats diffèrent de ceux donnés par les sages-femmes de notre étude, qui ont cité en priorité la consultation postnatale et la rééducation, puis les cours de PNP et l'information en SDC. La discordance entre la vision des femmes et celles de sages-femmes sur la temporalité de l'abord de la sexualité postnatale semble confirmée, bien que notre étude n'ait pas la même puissance que celle de Claire Foucault.

Les résultats des enquêtes auprès des patientes montrent une grande demande de prévention. Selon elles, la visite postnatale est trop tardive et une partie des difficultés qu'elles rencontrent auraient pu être évitées par une information plus précoce. C'est également l'avis de plusieurs patientes de Gladys dans le retour qu'elle en fait :

« J'ai beaucoup de patientes à la consultation qui me disaient : « mais ça on m'a pas prévenue qu'après l'accouchement ça serait comme ça, ça a été très dur de le découvrir seule comme ça, j'aurais aimé qu'on m'en parle, avoir été prévenue. » » - Gladys

Les femmes et les couples reçoivent beaucoup d'informations au cours de la grossesse et lors de leur séjour en suites de couches. Certaines sages-femmes pensent qu'il est impossible pour les femmes de tout retenir. Elles se sentent elles-mêmes parfois obligées de cibler les conseils délivrés pour n'aborder que l'essentiel. Demander aux patientes les informations qu'elles estiment essentielles sur la sexualité postnatale pourrait permettre aux sages-femmes d'adapter leurs approches du sujet. L'objectif est de donner les moyens à toutes les sages-femmes de participer à la prévention, en prenant en compte leurs contraintes professionnelles.

« Non, on a tellement de choses à dire et pas beaucoup de temps. […] Je vais à l'essentiel, qu'elles aient les ordonnances, qu'elles aient la contraception et la visite postnatale c'est le plus important pour moi ». - Julie

Les enjeux de la sexualité postnatale et les sujets abordés sont peut-être différents au cours du parcours périnatal. Il serait intéressant, pour approfondir cette idée, d'étudier ce que les patientes retiennent des conseils donnés en cours de préparation à la naissance et en suites de couches, de relever leurs attentes et les éventuelles lacunes d'informations, afin de cibler les thématiques à aborder dans chacun de ces temps.

Dans notre étude, Elsa propose la mise en place d'un entretien postnatal précoce. Elle pense que toutes les femmes n'ont pas besoin de séances de rééducation périnéale, mais qu'il reste important d'avoir un temps dédié à l'abord des problématiques du postpartum. Le temps est souvent limité en suites de couches et la visite postnatale ne peut être le seul moment pour aborder ce sujet après l'accouchement. Selon elle, les patientes ont autant besoin d'exprimer leur ressenti, leurs attentes et leurs doutes dans le postpartum que pendant la grossesse. Deux séances de PNP postnatales sont prévues par les textes mais sont souvent peu connues des praticiens et peu réalisées (24). On pourrait, dans ce cadre, étudier ce que pensent les patientes et les professionnels de santé de l'utilité de la réalisation de ces séances et de la place que pourrait y avoir l'abord de la sexualité postnatale.

b. L'abord en anténatal et en postnatal

Dans notre étude, les sages-femmes libérales et de PMI parlent systématiquement de sexualité postnatale, au moins lors d'une des rencontres avec leurs patientes. A la femme seule, en couple ou en groupe, à l'interrogatoire ou pendant l'examen clinique, en répondant aux questions, en délivrant une information, ou à l'aide d'images, ces sept sages-femmes ont trouvé le moyen d'introduire le sujet, en fonction de leur aisance et de leurs difficultés. Dans notre échantillon, les quatre sages-femmes qui parlent de relations intimes et de sexualité à la fois en prénatal et en postnatal disent ne pas avoir la même approche du sujet selon les temps.

En préparation à la naissance, deux sages-femmes estiment qu'il est difficile, pour elles, de trouver la bonne façon d'amener ce sujet intime, qui semble souvent très lointain pour les femmes, sans faire un « cours de prévention sexuelle ». Six sages-femmes ont trouvé des approches pour intégrer et lier la sexualité postnatale à leurs cours de PNP. Elles utilisent notamment ces thématiques : les modifications corporelles, les relations au sein du couple, les déchirures périnéales, leurs cicatrisations, les difficultés qu'elles peuvent engendrer, la rééducation périnéale, la contraception. Certaines englobent plusieurs de ces sujets dans un thème global sur l'état général de la femme dans le postpartum. La sexualité postnatale est ainsi abordée dans une ou plusieurs séances. En 2015, le travail d'Izia Queyrens, évaluant l'abord de la sexualité en cours de PNP, retrouvait les mêmes résultats : les quinze sages-femmes de cette étude donnaient globalement les mêmes informations sur la sexualité mais réparties différemment dans une ou plusieurs séances, avec des méthodes de communications différentes (8).

Les sages-femmes de SDC, elles, ont encore une autre approche du sujet. Elles ont pour objectif prioritaire la prévention des grossesses rapprochées par la contraception et la mise en place du suivi à domicile et de la visite postnatale pour la continuité des soins. Les difficultés qu'elles rencontrent sont principalement le manque de temps pour réaliser une prévention plus complète et pour créer un climat de confiance et de proximité nécessaire, selon elles, pour se sentir légitimes à aborder ce sujet au-delà des informations strictement médicales. Ces résultats concordent avec ceux du travail de Flore Alardo, réalisé en 2015, sur la place de la contraception dans les entretiens menés en suites de couches. Elle conclut que l'organisation du service des suites de couches n'est pas propice à la transmission d'une information de qualité sur la contraception et à son assimilation. Le manque de temps et d'intimité sont les obstacles majeurs qu'elle relève. D'autre part, elle rapporte que les conseils donnés autour de la contraception ne sont pas toujours adaptés aux besoins de la patiente (50).

Lors de la consultation postnatale et de la rééducation périnéale, les participantes comme les textes référentiels classent l'abord de la sexualité comme un thème à part (24,25). C'est une évaluation de la fonction sexuelle (reprise des rapports sexuels, troubles, gènes, douleurs, sensations). Les sages-femmes soulignent cependant que si l'entretien est mené correctement, ce sujet est intégré aux autres thèmes abordés du postpartum. C'est-à-dire que le vécu de l'accouchement, l'allaitement, la contraception, l'incontinence, l'organisation domestique, la relation avec le partenaire et avec le nouveau-né, l'humeur et le dépistage de la dépression postnatale en font aussi partie. Dans cette consultation, l'abord de la sexualité est souvent beaucoup plus poussé avec un objectif de prévention mais surtout de dépistage et de prise en charge. Dans notre étude, c'est toujours pour ces objectifs que les sages-femmes ont réalisé leurs formations complémentaires.

Ainsi, il existe diverses approches pour parler de sexualité du postpartum. Il semble après cette analyse, que les enjeux autour de la manière d'aborder ce sujet, sont différents en anténatal, en postpartum immédiat à l'hôpital et à moyen terme en libéral. En pédagogie, il est admis que pour délivrer une information efficace il faut que celle-ci soit répétée. Dans le cadre de la périnatalité, l'efficacité des conseils donnés en anténatal est souvent meilleure que dans les autres périodes (50). Il est donc important que les sages-femmes aient conscience de ces constats et intègrent à leur pratique des informations sur la vie intime après un accouchement, quel que soit le temps où elles rencontrent les parents. Pour optimiser cette prévention, il faut également veiller à ce que le discours des sages-femmes soit cohérent et homogène sur l'ensemble du parcours périnatal.

« Il y a plein de filons pour l'aborder ! [Moi] c'était celui-là mais chacun fait comme il le sent. C'est pour ça que ne pas l'aborder c'est un peu se voiler la face. » - Katia

1.3. *La construction du discours*

a. L'expérience professionnelle

Selon les résultats de l'étude, l'expérience professionnelle est la première source de connaissances sur la sexualité postnatale. Les sages-femmes sont poussées, grâce à l'écoute de leurs patientes et de leurs problématiques, à réfléchir sur le sujet et à chercher des réponses pour améliorer leurs prises en charges.

Ensuite, c'est l'apprentissage auprès des pairs qui se révèle capital. Les participantes parlent du mimétisme, du compagnonnage des sages-femmes lors des stages, elles ont aussi recours aux échanges entre collègues, en direct ou via le réseau Sages-Femmes Ile-De-France, cité plusieurs fois.

« Moi je me suis formée sur le tas avec une sage-femme qui était merveilleuse, qui faisait de la super rééduc (avec entrain) ! Pour moi ça me parlait ce qu'elle faisait, ça avait du sens, et je suis allée en stage avec elle » -Alix

Par cette observation, nous pouvons supposer qu'il existe un cercle vertueux dans le compagnonnage. Plus les sages-femmes sont en contacts avec d'autres professionnels qui évoquent le sujet, plus elles y sont sensibles et cherchent à l'intégrer à leur pratique. Comme cet apprentissage sur le terrain débute dès l'école de sage-femme, on peut penser que plus le sujet sera abordé par les sages-femmes plus les étudiants y seront confrontés, sensibilisés. La sexualité postnatale pourrait devenir une évidence dans les conseils délivrés aux mères, au même titre que les autres sujets de préventions.

b. L'expérience personnelle

« Les conseils que je donnais en suites de couches, c'est fait aussi de mon expérience, parce que j'avais eu des enfants, parce que je trouvais que moi on m'avait rien dit. Ça j'ai trouvé ça terrible ! » - Alix

Quatre participantes affirment que leur vécu personnel du postpartum en tant que mère leur a permis une plus grande compréhension des femmes. Celles n'ayant pas d'enfants pensent ne pas avoir d'expérience et, le plus souvent, ne pas savoir répondre aux patientes. La sexualité est un sujet intime, sans norme et souvent peu abordé en communauté. Sa mention renvoie chacun à sa propre expérience et à sa vision du sujet. Il n'est donc pas surprenant que cette empreinte personnelle se retrouve dans le discours des sages-femmes. Cela soulève une question souvent présente dans notre formation : doit-on avoir des enfants pour être une bonne sage-femme ? Doit-on attendre de vivre ces difficultés pour les comprendre et se saisir du sujet ?

« J'ai jamais aimé les, les sages-femmes qui avaient des discours de « pour être une bonne sage-femme il faut avoir des enfants soit même ». Car je pense que c'est faux et voilà. Cependant, d'être mère moi-même, ça m'a un peu changé ma, ma compréhension, euh, de l'état dans lequel on se trouve en suites de couches. Ça par contre oui, ça j'avoue ça m'a aidée, ça m'a guidée. » - Delphine

Historiquement, les sages-femmes étaient plus connues sous les termes de « ventrières » au XIème siècle, ou de « matrones » au XIIème siècle. La matrone était présente aux côtés des femmes lors de la grossesse, de l'enfantement et de ses suites. Elle était choisie par la communauté en fonction de la confiance qu'elle inspirait et pour son expérience. Elle ne bénéficiait pas de formation, son expertise de l'état puerpéral était empirique. Les matrones étaient des femmes relativement âgées ayant des enfants, ce qui témoignait de leur expérience de la vie (51).

Aujourd'hui, notre métier est basé sur une formation, délivrant un diplôme autorisant l'exercice de nos compétences. Il est donc supposé que l'enseignement théorique et pratique lors de ces 5 années d'études donne les moyens aux sages-femmes de pratiquer leur métier et d'accompagner les familles de la meilleure façon. Il est aujourd'hui évident que l'expérience personnelle est insuffisante pour évoquer avec aisance un sujet professionnel. Une base de connaissances est nécessaire ainsi qu'une sensibilisation.

L'expérience doit pouvoir enrichir l'acquis et non le constituer. Cette réflexion existe sur l'abord de sujets sensibles tels que les violences, l'IVG, l'IMG…mais aussi pour l'abord de la sexualité. Nous devons être en mesure de soutenir et d'accompagner une femme à travers les épreuves qu'elle peut rencontrer sans forcément les avoir personnellement vécues. Notre métier nous enseigne avant tout l'ouverture d'esprit, la bienveillance, la tolérance et la compréhension pour tous les sujets abordés avec nos patientes.

Par ailleurs, même sans avoir d'enfant, nous avons tous une expérience de la sexualité. Comme le souligne plusieurs participantes : il faut connaitre sa sexualité avant d'aborder celle des autres. La sexualité postnatale est d'ailleurs comparée par la moitié des sages-femmes interrogées, ayant ou non des enfants, à la « première fois ». Cette vision de la sexualité se construit dès l'enfance, dans le cercle familial. L'expérience personnelle de la sexualité dans l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte vient renforcer et influencer notre rapport au sujet. C'est ce que traduisent deux sages-femmes du groupe d'étude, pour qui le rapport à la sexualité dans le cadre familial a été compliqué. Elles rapportent avoir été exposées par leurs parents de façon précoce et parfois violente, selon elles, dans la sexualité adulte, ce qui les a poussées, en grandissant, à avoir une réflexion sur ce sujet. Leur émotion a laissé paraître le rôle qu'a joué leur parcours familial dans leur intérêt et leur engagement professionnel.

Deux sages-femmes disent qu'elles dissocient totalement leurs expériences de leurs conseils. On peut faire l'hypothèse que par ce terme de « dissociation » elles souhaitent exprimer une mise à distance de leur propre sexualité, soit dans un objectif professionnel pur : éviter toute projection sur leurs patientes, soit car le sujet est assez tabou pour elles.

En conclusion, avoir des enfants n'est pas une nécessité pour donner des informations sur la sexualité postnatale. L'expérience personnelle peut, inévitablement, influencer la vision professionnelle de ce sujet complexe, mais aussi bien pour l'enrichir que pour le restreindre. La projection, qu'elle soit positive ou négative est toujours à prendre en

considération et avec un certain recul, cela conforte également l'importance d'un socle de formation commun.

2. *Les freins à l'abord de la sexualité postnatale*

2.1. *Le manque de connaissances*

Sur les neuf sages-femmes qui ont rapporté que le manque de connaissances était ou avait été un frein pour aborder la sexualité postnatale nous avons, à nouveau, observé deux groupes.

Premièrement, le manque de connaissances sur le périnée et la prise en charge des difficultés périnéales rencontrées par les patientes dans le postpartum, quelle qu'elles soient. Ce besoin a été exprimé par les sages-femmes libérales, quel que soit leur âge. Elles les ont conduites à suivre des formations sur le périnée, à travers lesquelles les participantes ont trouvé des clés pour répondre aux questions des femmes sur leur sexualité et les accompagner. Les propos de ces deux sages-femmes illustrent ce premier groupe :

« Moi quand j'ai commencé la rééducation du périnée, j'avais 0 connaissances…et j'ai ramé ! Moi à l'époque, mon stage de sage-femme libérale il remontait à ma deuxième année d'étudiante euh…pffff…c'était, c'était archaïque » - Katia

« Oui, c'est le périnée qui m'a amenée à m'occuper de la sexualité en soi. » - Chloé

Le second groupe rassemble les sages-femmes praticiennes de suites de couches. Que ce soit celles qui y travaillaient au moment de l'étude ou le témoignage de libérales sur leur exercice hospitalier. Les patientes posant rarement des questions sur la sexualité de façon spontanée en suites de couches. Le manque de connaissances se porte alors sur les conseils de prévention. L'information sur la reprise des rapports sexuels ne faisant pas partie de la « checklist » des conseils de sortie, du « protocole », elle est donc souvent omise

par certaines participantes. L'absence d'un discours type qui les pousse à ne rien dire ou à laisser le champ libre, comme nous l'explique Héloïse :

« C'est pas comme l'allaitement, la contraception où on sait quoi dire, c'est encadré, machin. Parce qu'il y a pas vraiment de recommandations là-dessus… vu qu'on m'a pas appris vraiment ce qu'il fallait ou ce qu'on pouvait dire, ça peut être plus difficile parce qu'on ne trouve pas en plus forcément de recommandations, de texte qui nous guide » - Héloïse

Précédemment, nous avons émis l'hypothèse que l'abord de la sexualité était différent en suites de couches (et PNP) et en ville. Le fait que la demande d'apport en connaissances ne soit pas le même entre ces deux temps vient renforcer notre constat. L'analyse des entretiens, nous permet néanmoins de relativiser le discours des praticiennes hospitalières. Nous avons observé que ces sages-femmes avaient, en réalité, des connaissances sur la sexualité postnatale. Elles avaient cependant tendance à les minimiser. Leur discours était marqué par le doute, la justification ou le dénigrement de leurs connaissances :

« J'en ai jamais parlé non, c'était pas prioritaire. […] Je parle des sutures, les points que j'ai fait, la taille, que ça va tomber tout seul… C'est pas vraiment les rapports sexuels, mais bon. Je dis que ça doit bien cicatriser pour ne pas gêner et redevenir comme avant. Je sais pas… […] J'en parle pas systématiquement c'est sûr, enfin je parle systématiquement de la contraception. […] Je sais tout ça en fait c'est vrai, mais j'ai jamais fait le lien. » - Julie

« Je dis pas grand-chose hein… […] Ils ont aussi besoin d'entendre que c'est une période pas facile, que c'est à la femme de prendre le temps de se retrouver, de dire qu'elle se sent prête…y a aussi des questions sur la place du bébé dans tout ça. Et d'entendre que ce n'est pas forcément dans 3 mois, que l'envie et les rapports sexuels peuvent revenir un peu n'importe quand, des fois ça peut les rassurer…j'en sais rien… » - Héloïse

Notre hypothèse relative au manque de connaissances comme frein à la sexualité est donc en partie remis en question. S'agit-il d'un réel manque de connaissances théoriques, ou d'un manque de confiance et de prise de conscience des participantes ? Les sages-femmes réalisent toutes une part de prévention sur la sexualité postnatale, parfois sans vraiment s'en rendre compte. Peut-être que l'aspect non prioritaire de la sexualité dans la pratique des suites de couches entraine un désintérêt, un oubli de l'abord de ce sujet et des connaissances qui vont avec. Il faudrait alors, pour pallier à cet oubli, redonner aux sages-femmes l'accès à leurs connaissances ainsi que des approches possibles pour évoquer le sujet. Julie nous a proposé une piste pour remédier à ce manque de confiance :

« Ça serait une bonne idée de l'intégrer aux conseils de sortie. Ici on a souvent des petites formations, des interventions avec les staffs. La semaine dernière par exemple, on a eu une formation sur l'allaitement et le tire-lait, les conseils à donner aux mères, avec toutes les équipes de suites de couches, pour essayer qu'on dise un peu toutes pareil. Mais s'il y avait la même chose sur la sexualité, ou sur la contraception avec quelques conseils ou choses à dire sur la sexualité, ou quand en parler, je pense que je le ferais ! » - Julie

Bien sûr, ce constat et ces propositions restent limités à notre étude et ne sont pas extrapolables aux suites de couches en général. Peut-être que l'abord de la sexualité est plus ou moins bien intégré selon les maternités. Dans ce cas, leurs participations à notre étude auraient pu changer ces résultats. Pour pallier ce biais, on pourrait envisager une étude multicentrique sur l'abord des relations intimes et de la sexualité dans le postpartum en suites de couches par les sages-femmes.

2.2. *Le manque de temps*

Les participantes exerçant en libéral trouvent avoir suffisamment de temps pour aborder la sexualité comme elles le souhaitent. Le manque de temps est mentionné, dans les études existantes sur le sujet comme dans la nôtre, comme une problématique de l'exercice

en suites de couches (9,11,50). Les sages-femmes interrogées dans notre étude, trouvent le temps au cours du séjour à la maternité, de parler des déchirures périnéales et de leurs sutures, de la cicatrisation du périnée, de l'ovulation, du risque de grossesse, de la contraception, de l'allaitement et des modifications hormonales après l'accouchement. Tous ces sujets, comme nous l'avons montré, ont des liens avec la sexualité et représentent des approches possibles pour l'aborder. Peut-être que ce manque de temps est, en quelque sorte, une justification pour cacher un manque d'intérêt, de confiance, d'aisance ou de connaissances. En réalité, les participantes affirment ne pas avoir le temps pour intégrer un « chapitre sexualité » dans leurs conseils de sortie.

Peut-être qu'en donnant simplement des moyens d'intégration du sujet au discours déjà existant, ainsi qu'en renforçant la confiance en leurs connaissances, ce manque de temps ne serait plus cité comme un frein à la prévention sur la sexualité postnatale.

2.3. *Le manque de réseau*

L'ensemble du groupe a mentionné le travail en réseau. Elles ont toutes reconnu atteindre parfois les limites de leurs compétences ou de leurs possibilités dans l'information ou la prise en charge de leurs patientes. Dans ces situations, elles font appel à leur réseau de réorientation. Les psychologues y apparaissent en première position, cités par la moitié de l'échantillon. Pour les hospitalières, ce sont ensuite les sages-femmes libérales et de PMI. Ces sages-femmes-là quant à elles, dans notre étude, s'appuient sur les gynécologues spécialistes du périnée ou les ostéopathes ; mais aussi les conseillères conjugales et les psychiatres pour deux d'entre elles.

« Proche de mon cabinet, j'ai une ostéopathe intra pelvienne qui travaille bien en sexo donc j'oriente vers elle. Après j'ai une collègue sexologue vers qui j'envoie assez facilement aussi. […] Kiné euh…non. Les psychologues oui oui, bien sûr très souvent j'oriente très souvent, même je travaille

avec les psychologues de maternité ou de PMI. Après ça va dépendre de la cause. Mais c'est mon réseau. » -Flavie

En discutant de ce sujet, plus de la moitié des participantes ont reconnu que la connaissance d'un réseau était importante pour oser aborder la sexualité postnatale. A l'hôpital, les sages-femmes parlent des situations de vulnérabilité ou de suspicion de violences qu'elles perçoivent chez les couples lorsqu'elles informent sur la contraception et la sexualité. Dans ce cas, le lien avec la psychologue ou la PMI de secteur est souvent employé. De façon générale, pour toutes les questions des femmes, elles informent sur le rôle important des sages-femmes libérales lors du suivi à domicile puis à la visite postnatale.

« Là c'est vrai que la sage-femme à domicile ça peut être encore mieux parce qu'elles sont plus dans l'hospitalisation. […] Je pense que pour les patientes elles sont mieux chez elles pour en parler, une fois à la maison, dans ce cas-là la sage-femme a pas le même…la même position, euh le même statut… » - Héloïse

Les sept libérales ont recours à leur réseau dans différentes situations. Si elles n'ont pas les compétences pour aider ou informer la patiente, elles choisissent alors le professionnel le plus apte à le faire. Si leur thérapeutique n'a pas suffi à résoudre le problème du couple ou de la femme, elles disent alors avoir deux possibilités : soit demander conseils à leurs collègues, notamment grâce à des réseaux informatiques de sages-femmes mentionnés par trois d'entre-elles, soit de « passer la main » à un autre professionnel qu'elles connaissent pour approfondir le travail qu'elles ont initié.

« Voilà, après je suis pas psy hein ! Donc y a un moment moi je veux bien mettre le doigt sur quelque chose ; façon de parler, mais euh ….stop quoi après moi je m'arrête et j'oriente » - Alix

« Si vraiment y a un truc où j'ai pas trop d'explications… et j'arrive pas trop à comprendre, soit moi je, j'en parle ; y a un réseau des sages-femmes d'Ile-de-France où on peut s'échanger des mails et tout. Donc parfois j'ai déjà posé des questions là-dessus. » Béa

Elles témoignent, parfois implicitement, de leurs difficultés à aborder le sujet et à prendre en charge les difficultés des patientes lorsqu'elles ne connaissent pas de professionnels pour les appuyer. Elles privilégient toujours les professionnels qu'elles connaissent et sont parfois démunies de pas connaitre la personne idéal pour répondre à la demande de la patiente.

« Sexologue j'ai jamais fait, parce que j'en connais pas » - Alix

« Je lui ai déjà envoyé des patientes, mais après j'ai pas eu beaucoup de retour… donc finalement je ne sais pas si elles y sont vraiment allées, si le problème s'est complètement réglé... Je sais même pas... » - Béa

« Je l'aborde d'autant plus facilement maintenant que je suis dans ce centre parce que je sais que j'ai les pédopsychiatres, des psychologues et autres et que je peux botter en touche très facilement quand j'ouvre une porte qui dépasse mes compétences. Parce que quand vous n'avez pas de réseau […] que vous êtes seule et que vous n'avez pas de réseau d'adressage c'est compliqué. Donc vous ne vous aventurez pas sur des terrains glissant, vous n'ouvrez pas la porte. Il faut se constituer un réseau. » -Katia

Comme pour ces sages-femmes, il est de notre devoir de *« ne pas effectuer des actes ou donner des soins dans les domaines qui débordent [notre] compétence professionnelle ou dépassent [nos] possibilités »* (52). Mais encore faut-il réussir à aborder le sujet et pouvoir, si nécessaire, conseiller une orientation pertinente et optimale. L'accompagnement de la vie sexuelle et affective des couples ne nous concerne pas exclusivement. L'inter-professionnalité et le travail en réseau est primordial dans notre système de santé actuel. Avec la diminution des

temps de séjours hospitaliers, le réseau ville-hôpital grandit. La mise en place de centres pluridisciplinaires et de maisons de santé en périnatalité ont pour but d'optimiser l'accompagnement des femmes et des familles. Il faut donc encourager les sages-femmes à participer à ce réseau et à s'y intégrer pour faciliter leur travail auprès des mères. C'est ce que font déjà plusieurs de nos participantes qui ont recours au réseau sage-femme IDF.

2.4. *Les autres freins*

Les autres freins cités par un tiers des différentes sages-femmes du groupe sont les barrières culturelles, linguistiques, religieuses, la précarité sociale et économique. Quatre d'entre elles parlent aussi des contextes très particuliers des couples ayant vécu un parcours de PMA ou un deuil périnatal (IMG, MFIU).

« C'est surtout les patientes seules, les patientes seules dans des parcours migratoires juste horribles, où celles qui subissent des violences sexuelles…là c'est compliqué. » - Delphine

« Et avec la barrière de la langue, la culture aussi ! mmmh par exemple chez les chinois c'est une culture où on apprend aux femmes que la sexualité c'est, en tout cas en partie au moins, la sexualité c'est pas bien…même pas la sexualité …La féminité ! La féminité c'est pas bien, c'est les prostituées… donc quand elles arrivent au cabinet ici et que on leur demande comment se passent les rapports… elles osent pas, elles ne peuvent pas répondre quoi ! » - Katia

« C'est plus difficile, parfois suite à une IMG ou des choses comme ça, parfois y a des femmes qui vont vouloir…Assez rapidement, avoir une nouvelle grossesse, qui peuvent vouloir « remplacer », « combler un manque ». Et qui vont reprendre une sexualité parfois très tôt… Mais y a en plus chez ces femmes un désir d'enfant qui est toujours présent… D'ailleurs elles demandent plus souvent un délai pour une grossesse que pour la reprise des rapports sexuels, elles veulent savoir quand elles pourront avoir un enfant, ce n'est pas vraiment la sexualité qui les préoccupent. » - Héloïse

Ces patientes aux parcours moins classiques, mais pourtant fréquents, sont souvent sources de difficultés dans notre pratique de façon générale. L'accompagnement du travail et l'accouchement dans les situations de patientes ne parlant pas français, d'IMG de mort fœtale in utéro (MFIU) ou lorsque le pronostic vital de l'enfant est en jeu, demandent une gestion et une implication particulière pour les sages-femmes, qui peut être compliquée. Nous pouvons émettre l'hypothèse que dans ces contextes où l'aisance n'est pas toujours facile l'abord d'un sujet délicat soit une difficulté supplémentaire voire une impossibilité.

L'abord de la sexualité dans ces contextes représente un sujet d'étude à part entière. Dans le cadre de notre sujet de recherche, nous n'avons pas pu nous pencher sur les enjeux de chacun de ces freins décrits par les sages-femmes. Nous pensons néanmoins que si les sages-femmes sont en difficulté lors de ces situations pour faire de la prévention, ce sujet pourrait faire l'objet de travaux en vue d'une optimisation de l'accompagnement des couples.

3. Formations sur la sexualité postnatale

3.1. *La formation initiale de sage-femme*

a. Les cours théoriques

L'échantillon d'étude comporte onze sages-femmes, diplômées entre 1987, première promotion au cursus de quatre ans d'école, et 2018. Elles sont issues de huit écoles de sages-femmes de métropole. Dix d'entre-elles disent avoir eu des cours de sexologie, la dernière ne s'en souvient pas. Etant diplômée quelques années après une consœur de la même école, on peut supposer que toutes les participantes ont eu dans leur formation initiale des informations sur la sexualité. La sexologie est donc globalement intégrée à la formation des sages-femmes en France.

Nous avons observé que cette instruction en sexologie était de plus en plus longue et complète. Jusque vers les années 2010, le module de sexologie ne comprenait qu'un ou deux cours, qu'une ou 2 heures. Il était réalisé par des sexologues (sages-femmes ou non). Y étaient abordées les théories sexuelles générales, pas toujours liées à la grossesse. Le postpartum était apparemment inexistant. Depuis ces dix dernières années, toutes les interrogées parlent d'une formation de 5 heures ou plusieurs cours, plus souvent par des sages-femmes sexologues ou des psychiatres. Ils comprenaient toujours la sexologie générale, mais s'y ajoutaient pour certaines la sexualité de la grossesse, les troubles du postpartum. La plus récemment diplômée décrit plus de 10 heures de cours avec une intégration plus globale de la sexualité dans la pratique des sages-femmes au travers de cours sur la rééducation périnéale, sur la psychologie et le psychisme de la grossesse, sur les modifications corporelles. C'est également la formation que nous avons reçue au sein de notre école, cette année en 2018-2019.

Seulement quatre participantes ont trouvé ces cours intéressants et utiles pour leur pratique professionnelle. Ces résultats sont à prendre avec précautions. Ce manque d'intérêt et de souvenirs provient-il d'un contenu inapproprié du cours ? On peut également faire l'hypothèse que l'attention portée par les étudiants à ce sujet est moindre face à la masse de connaissances à acquérir au cours de la formation. La place donnée à ce cours dans le cursus peut aussi influencer sa portée. Par ailleurs, un autre biais, non évalué, est la variabilité de l'implication et de l'enthousiasme transmis par le formateur à ses élèves. La formation initiale reçue est d'autant plus difficilement comparable chronologiquement que les participantes sont diplômées de différentes écoles de France métropolitaine. Nous pensons que l'hypothèse, souvent présente dans les études y compris la nôtre, du déficit dans la formation initiale soulève un sujet au cœur de l'actualité : l'uniformisation des études de maïeutique (9, 54).

On peut, malgré tout, avoir l'impression positive que la sexualité des femmes et du couple prend une place certainement plus importante qu'avant dans la formation initiale

des sages-femmes. Il faudrait étudier la façon dont ces enseignements sont dispensés, afin de comprendre le certain désintérêt et le manque de connaissances que décrivent les praticiennes par la suite. Plutôt qu'un enseignement de sexologie clivé du reste de la pratique clinique, un abord de la sexualité dilué dans les sujets du postpartum pourrait-il permettre un lien plus intuitif et naturel au quotidien ? Peut-être que les étudiants s'approprieraient plus ce sujet s'il était plus régulièrement présent au cours du cursus. D'autres cours que ceux de sexologie peuvent donner des clés pour comprendre les enjeux et aborder la sexualité les couples. Le cours « Psychologie et psychopathologie de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum » dispensé par un médecin pédopsychiatre accompagné d'une sage-femme en a été l'exemple pour nous cette année (54).

b. La pratique : les stages

Le stage en libéral est fortement valorisé par les participantes. Il est décrit comme très formateur pour l'abord de la sexualité postnatale.

« Moi c'est vraiment le stage en libéral. C'est le seul moment où j'ai fait de la rééduc du périnée et où j'ai entendu parler de sexualité et tout ça. Ça n'a jamais été abordé sinon » Alix

Comme dans tout apprentissage par l'observation, nous avons ici un biais lié au formateur. La transmission de l'intérêt pour le sujet et des connaissances varient en fonction de la vision du praticien sur le sujet. Les stages en suites de couches étant plus nombreux avec un nombre de sages-femmes observées bien plus grand, cet effet est encore plus fort. Le discours comme les pratiques sont statistiquement plus variables. Cela peut donner l'occasion de voir plusieurs approches du sujet.... ou bien potentiellement aucune selon les professionnels.

En supposant que l'apprentissage se fait en grande partie auprès des pairs dans notre formation, si les sages-femmes en parlent plus naturellement, les étudiants suivront

le mouvement. Pour que les sages-femmes soient plus à l'aise, la formation initiale théorique pourrait mettre plus en avant l'importance de la prévention dans le postpartum (dont la sexualité postnatale fait partie) pour le vécu de ce dernier. Si cet apprentissage auprès des pairs est majeur, les sages-femmes qui encadrent des étudiantes en stages pourraient également avoir accès à des formations spécifiques pour optimaliser ce tutorat. On retrouve ici l'idée d'un cercle vertueux dans l'apprentissage.

3.2. *La formation continue*

« C'est le périnée qui m'a amenée à m'occuper de la sexualité en soit. » - Chloé

Notre code de déontologie mentionne : « La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2 du code de la santé publique ». Le DPC est un dispositif de formation applicable à l'ensemble des professionnels de santé, dont les objectifs sont les suivants :

– L'évaluation des pratiques professionnelles,

– Le perfectionnement des connaissances,

– L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,

– La prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Cette formation continue passe notamment par la lecture des recommandations émises par les instances médicales, la lecture de revues scientifiques ou encore la participation à des évènements du corps professionnel. C'est également l'objectif des formations complémentaires reconnues par des diplômes universitaires (DU ou DIU). Les six sages-femmes qui ont réalisé des formations complémentaires l'ont fait dans le but de perfectionner leurs connaissances, selon leurs besoins, et d'améliorer leur qualité d'accompagnement des couples. Elles y ont trouvé des réponses à leurs questions, des pistes

de réflexions et des connaissances supplémentaires. Pour quatre, ces formations ont fait croitre leur intérêt pour le sujet et leur ont fait découvrir d'autres enjeux : comme la sexualité postnatale.

Si la formation initiale ne donne peut-être pas encore les moyens à l'ensemble des sages-femmes de réaliser une prévention sur la vie sexuelle et affective en postnatal, la formation continue, elle, semble assez performante. Si la totalité des sages-femmes de notre étude sont en accord avec ce constat, on peut penser qu'il s'avère relativement juste. Les formations complémentaires diverses et variées qui existent dans notre métier permettent à celles qui souhaitent d'approfondir le sujet (55).

3.3. *La sexualité postnatale dans la littérature*

a. Ressources littéraires

Les ressources littéraires françaises sur la sexualité postnatale sont principalement des ouvrages d'auteur spécialisé (9,42). Les participantes de notre étude disent soit qu'elles n'ont pas cherché de documentation sur le sujet, soit qu'elles n'ont pas trouvé facilement sur internet et dans les bases de données scientifiques, des articles ou des recommandations sur la sexualité postnatale.

Celles qui ont pris le temps de chercher, affirment que les forums, les associations de professionnels et ou de patientes, ainsi que les mémoires d'autres sages-femmes sont nombreux. Elles y ont trouvé des ressources utiles et pertinentes pour leur pratique. Elles ont cité notamment : les clés de vénus, formagyn, l'association des baleines bleues, le Kâma-Sûtra de la grossesse, le rapport Hite, les livres de S. Mimoun, B. De Gasquet ou encore C. Fabre-Clergue (42,56).

b. Littérature scientifique

Il existe des ressources sur la sexualité postnatale dans la littérature. Cependant, si l'on se limite aux études scientifiques, très peu sont Françaises. La littérature étrangère est plus fournie.

Les recommandations pour la pratique clinique de 2015 du GNGOF « Post-partum » abordent la bonne prise en charge et la prévention des troubles dans le post-partum (28). Ce texte comprend quatre chapitres sur l'allaitement et un sur de la contraception, mais aucun n'évoque la sexualité postnatale et aucun lien n'est fait entre ces sujets et la sexualité. Les études réalisées auprès des patientes montrent, en effet, que les liens de tous ces sujets avec la sexualité et la vie affective restent souvent effleurés ou maladroits.

Les participantes de l'étude n'ont pas été étonnées par ces constats. Pour elles, il est normal que la sexualité n'apparaisse pas dans les textes des gynécologues car ce n'est pas une pathologie du postpartum. De plus, elles pensent que chacun a ses compétences et que la prévention physiologique de la sexualité est plus la priorité des sages-femmes que des médecins.

Par ailleurs, certaines sages-femmes ont perçu cette absence de la sexualité dans les textes gynécologiques comme le témoin d'un tabou pour les professionnels. Les sages-femmes jeunes diplômées ont essayé d'y trouver des informations concrètes à délivrer aux femmes. L'absence de résultats dans les recommandations leur a donné l'impression que le sujet pouvait ne pas être abordé.

« Ca ne m'étonne pas trop. C'est dommage… mais ça montre bien que la sexualité n'est pas une priorité pour les professionnels de santé….enfin ceux qui rédigent les recommandations en tout cas… ou alors que c'est aussi tabou pour eux… ! » - Julie

Cependant, la sexualité pernatale et postnatale des couples est de plus en plus présente sur la scène du monde périnatal. Les 10ème Journées de la prévention et de la santé publique avaient pour thème : « Santé sexuelle : concept, ressources et retours d'expériences », en juin 2015. Actuellement, des sujets touchant à la sexualité, aux violences faites aux femmes ou à la prise en charge périnéale sont régulièrement au cœur des débats dans les rassemblements professionnels. En 2018, le CNGOF établit de nouvelles recommandations sur la protection périnéale, en faveur d'une réinstauration de la physiologie de l'expulsion (57).

Enfin, les 17ème journées du CNSF en février 2019 abordent la santé sexuelle en France avec plusieurs interventions (58). Parmi elles on retrouve : « stratégie nationale de santé sexuelle : les grands axes », « sexualité en consultations : dépister et orienter, périnée et sexualité : état des lieux et solutions en rééducation du périnée ».

Nous concluons donc par des constats positifs. Pour l'instant, peu d'études françaises portent sur des sujets de prévention ou de phénomènes physiologiques, ce qui explique leur petite place dans la littérature et les textes officiels. En revanche, la physiologie, à laquelle appartient la sexualité postnatale, est de plus en plus d'actualité, notamment au sein des instances des sages-femmes. Avec l'ouverture de la recherche en maïeutique, des études réalisées par des sages-femmes, à plus grande échelle que la nôtre, pourraient permettre de faire émerger des méthodes de prévention et d'accompagnement plus globales des bouleversements intimes dans le postpartum.

4. Retour sur les hypothèses

a. Chaque sage-femme considère et aborde la sexualité postnatale de façon singulière

Notre première hypothèse est validée par l'analyse des résultats des entretiens que nous avons réalisés. Chaque sage-femme consultée a un abord singulier de la sexualité postnatale. Sa base et sa construction sont multifactoriels. La définition que chaque sage-femme a du sujet, et les thèmes qu'elle y associe, participent évidement à son abord du sujet. Sur l'ensemble du parcours périnatal, les temps où elle choisit d'en discuter avec les femmes et ceux où elle juge bon que ses consœurs le fassent traduisent la place et le rôle qu'elle se donne, en fonction de son exercice, dans l'abord des rapports intimes. Les moyens d'approche du sujet (information, question, examen clinique, interrogatoire, photo, supports…), le niveau d'aisance et le degré de connaissances réelles ou ressenties entrent, également, en jeu. Enfin, l'expérience professionnelle mais aussi personnelle impactent toujours l'intérêt pour ce sujet intime et le choix de plus ou moins le prioriser. La place de l'abord de la sexualité postnatale, son approche et les informations délivrées étaient propres à chaque participante. Cependant, leurs témoignages ont fait ressortir deux approches différentes, clivées chronologiquement sur le parcours périnatal :

- un abord préventif : les conseils délivrés en prénatal, en suites de couches, et parfois lors des visites à domicile après l'accouchement,
- un abord approfondi : le dépistage, l'accompagnement et la prise en charge globale à moyen et long terme du postpartum, souvent réalisé en libéral.

b. Les sages-femmes rencontrent des difficultés pour aborder la sexualité postnatale dans leur pratique professionnelle

Le discours sur la sexualité postnatale est singulier à chaque sage-femme. Les interrogations et les difficultés rencontrées par la sage-femme contribuent à son abord du sujet, pouvant aussi bien en être la cause que la conséquence. De ce fait, ces difficultés leurs sont également propres. Notre troisième hypothèse est ainsi validée. Toutefois, les freins

que nous nous attendions à trouver comme le manque de connaissances, de recommandations ou le caractère tabou n'étaient pas les plus présents.

Bien que le manque de connaissances soit le premier frein cité par les sages-femmes, l'analyse de leurs témoignages a relativisé cette affirmation. Deux perspectives ont émergé de ce besoin d'apports théoriques et pratiques pour aborder la sexualité postnatale. Pour l'abord préventif réalisé jusqu'aux suites de couches, le manque de connaissances relevait plutôt d'un manque de confiance et d'un manque de moyens pratique pour les mettre à profit.

Pour celles qui réalisent un abord plus approfondi avec un accompagnement dans le postpartum, les connaissances générales ne suffisaient pas. Un besoin de formation spécifique pour le dépistage et l'accompagnement est alors mis en avant. Pour ces sages-femmes, l'autre frein relevé est la méconnaissance d'un réseau, pour l'échange et la réorientation lorsqu'elles sont à la limite de leurs connaissances. Cependant, la majorité des participantes sont parvenues, au bout du compte, à pallier à ce manque de connaissances. Par des recherches personnelles comme par les diverses formations, elles soulignent que l'accès à la connaissance est possible et moins difficile qu'on ne le croit. Pour beaucoup, le manque de connaissances n'est actuellement plus un frein dans leur abord des relations intimes avec les couples.

Les autres obstacles liés à l'histoire des patientes (culture, langue, contexte social et périnatal) sont rencontrés par les deux groupes sans distinctions. La difficulté majeure, fortement inattendue dans nos hypothèses initiales, est l'imprégnation du sujet de la sexualité par celui des violences faites aux femmes.

c. La sexualité postnatale est peu mentionnée dans l'enseignement et la littérature scientifique

Cette dernière hypothèse n'est pas totalement validée par notre étude. La sexualité postnatale fait partie intégrante du corpus d'enseignement. Ce constat doit néanmoins être relativisé. La reprise de la sexualité et le rôle des sages-femmes dans sa prévention ne sont pas toujours abordés de façon claire et structurée dans la formation initiale. Il y a matière à mettre en place un enseignement plus accessible aux étudiants, comprenant des connaissances théoriques sur la sexualité postnatale, intégrées aux facteurs qui l'influencent, mais aussi des techniques d'approche pratique pour amener le sujet. Ces connaissances générales doivent permettre à toutes les sages-femmes de réaliser, avec aisance, une information préventive sur la sexualité après l'accouchement et une orientation pertinente des patientes si besoin.

Il existe également des écrits et des études sur la sexualité dans la période du post accouchement. Néanmoins, leur accès n'est pas toujours aisé. Pour que les sages-femmes s'imprègnent de ce sujet, des études françaises scientifiquement reconnues sur l'intimité dans le postpartum méritent d'être encouragées. Qu'elles soient qualitatives ou quantitatives, leur réalisation en plus grand nombre faciliterait la diffusion d'un ensemble de connaissances plus solides et un abord plus évident pour les sages-femmes. Dans ce cadre, l'ouverture de la recherche en maïeutique représente une opportunité.

Enfin, comme nous l'avons vu, la sexualité postnatale est présente dans la formation continue. Grâce à une base de connaissances renforcées, celles qui rencontraient des difficultés pour l'aborder, peuvent le faire avec plus de confiance. Cela permet également à celles qui y portent un intérêt majeur de s'emparer pleinement du sujet et d'en devenir expertes.

5. Le tabou dans le discours verbal et non verbal

Partant de l'hypothèse qu'il existait une part de tabou dans l'abord de la sexualité postnatale, nous avions pour objectif d'analyser cette variable. Nous avons été particulièrement attentifs à l'attitude et aux non-dits au cours des entretiens. Pour sept sages-femmes, nous avons observé une retenue, un langage corporel fermé et une attitude très professionnelle en début d'entretien (derrière son bureau, droite, jambes croisées, réponses brèves).

« Probablement aussi en lien avec ma vie personnelle, à des moments, voilà. Bon, ça je ne développerais pas » - Elsa

Cette attitude a évolué au fil de la discussion au profit d'une ouverture et d'un enthousiasme pour six d'entre-elles, dont Elsa. Peut-on extrapoler ces observations à l'attitude des autres sages-femmes, mais aussi des patientes ? En effet, les sages-femmes interrogées décrivent leurs patientes comme réservées sur le sujet mais très intéressées si le professionnel prend le temps d'en parler et d'instaurer un climat de confiance. Il semblerait qu'il existe une ambivalence sur ce sujet : à la fois une certaine crainte, une pudeur, même lorsqu'il ne s'agit pas d'exprimer sa propre expérience, et à la fois une envie, un besoin d'en parler.

« C'est pas parce qu'on en a pas [de questions], qu'il n'y en a pas. » - Chloé.

Nous avons perçu dans certains entretiens, une sensation de tabou, de malaise et de non-dits (rougit, cherche ses mots, se touche beaucoup les cheveux, se serre les doigts, mime au lieu de dire les mots « pénis, pénétration »...). Ce ressenti peut, bien sûr, être subjectif et biaisé par des gênes sans rapports avec le sujet en lui-même (première participation à un entretien, distractions). Nous avons pourtant été nous-même mal à l'aise par la sensation de tiraillement qui émanait de deux participantes, entre l'envie d'aborder le sujet et l'importance du tabou ou du malaise à en parler.

6. *Limites et biais*

6.1. *L'étude*

Au fil de l'analyse et la discussion des résultats, nous avons soulevé les différents biais et limites que comporte notre étude.

Le choix d'une question de recherche large et d'une population d'étude couvrant différents types d'exercices cliniques, a fourni un nombre important de résultats. Certains, bien que très intéressants, n'ont pas été traités dans le cadre de réalisation du projet, notamment parce qu'ils s'éloignaient trop du sujet de recherche. Ils représentent cependant des pistes de réflexion pour la réalisation de travaux de recherches nouveaux ou complémentaires. C'est le cas de l'abord de la sexualité postnatale dans les parcours de PMA, d'IMG ou de MFIU. De l'accompagnement et la prévention sexuelle chez les femmes migrantes, isolées, précaires, étrangères.

6.2. *La population d'étude*

Notre population se composait de onze sages-femmes, quatre ayant un exercice hospitalier et sept un exercice libéral. Cette répartition ne correspond pas à celle observée à l'échelle nationale ou la part de sages-femmes hospitalières est largement supérieure. La moyenne d'âge de l'échantillon était de 32 ans, alors que celles des sages-femmes actives en France est de 40 ans (59).

L'échantillon d'étude n'est donc globalement pas représentatif de la population active de sages-femmes en France. Pour autant, les études qualitatives ne visent pas de façon générale à appliquer leurs résultats à la population générale.

Malgré le recrutement large et les relances nombreuses, la taille du groupe reste relativement restreinte, ce qui n'a pas toujours permis d'atteindre un seuil de saturation

recherché dans l'analyse qualitatives des résultats. Nous nous sommes demandé si le recrutement par courrier électronique était le plus pertinent, au vu de la densité d'information reçue par ce biais. Cependant, dans le cadre et les délais de réalisation de l'étude, un recrutement personnel était difficilement réalisable pour les sages-femmes libérales et hospitalières. Nous avons néanmoins effectué certains contacts et relances par téléphone ou de vive voix.

Nous pouvons cependant supposer que notre groupe de participantes reflète la position des sages-femmes vis-à-vis de l'abord de la sexualité postnatale. Le nombre réduit de réponses positives par courrier électronique et les différents refus observés de cadre de maternité et de sages-femmes personnellement sollicitées témoignent d'une non priorité ou de difficultés liés à l'abord de ce sujet. La part majoritaire de participantes exerçant ou ayant eu un exercice extrahospitalier incite à penser que les sages-femmes libérales et de PMI se sentent plus concernées par la sexualité postnatale.

7. Forces de l'étude

Nous avons choisi d'intégrer différents types d'exercices de la profession, avec la volonté d'être les plus représentatifs de la population générale des sages-femmes actives. Ce choix de recrutement très large a permis de traiter l'abord de la sexualité postnatale de façon globale, en montrant l'implication des sages-femmes sur l'ensemble du parcours périnatal.

Le choix des entretiens semis-directifs s'est révélé pertinent. Grâce à la liberté d'expression laissée par les questions, les participantes ont enrichi le sujet et énoncé des difficultés tangentes à l'abord de la sexualité dans le postpartum. C'est ainsi qu'ont émergé l'enjeu des violences faites aux femmes et l'impact du discours et du tabou des professionnels sur l'appréhension et les difficultés rencontrées par les patientes. Chacun des

entretiens a donné lieu à une retranscription exhaustive, qui constitue un matériel important pour des travaux de recherches futurs éventuels (Annexe 4 et 5).

Notre travail de recherche était relativement innovant car les études sur la sexualité postnatale sont plus souvent réalisées auprès des patientes que des sages-femmes. En interrogeant les professionnelles nous souhaitions voir si le discours, ou l'absence de discours, de ces dernières pouvait être une des sources de difficultés rencontrées par les patientes. C'est-à-dire que si les patientes rencontrent des obstacles dans leur intimité après l'accouchement, ce n'est pas uniquement parce qu'elles n'osent pas en parler. Cette étude montre que les sages-femmes peuvent, parfois inconsciemment ou par leurs propres difficultés à aborder le sujet, constituer des doutes et participer à la création d'un tabou autour de ce sujet, ayant des répercussions sur le vécu du postpartum par les femmes et les couples.

Cette étude transmet une vision positive et optimiste de l'implication des sages-femmes dans l'abord de la sexualité postnatale. Par leur témoignage, les participantes nous ont transmis leur engagement, leurs connaissances et des pistes de réflexion pour aider leurs consœurs à s'emparer du sujet. La sexualité postnatale peut être abordée de multiples façons, beaucoup de sujet du postpartum y sont liés et représentent des approches possibles pour réaliser une prévention sans instaurer un « cours de sexologie ». Ce sujet est intégré à la formation initiale, la littérature et la formation continue. La santé sexuelle et la vie affective sont de plus en plus présentes dans le débat public, ce qui souligne l'enjeu actuel de ce sujet et témoigne d'une volonté d'amélioration des pratiques professionnelles.

Conclusion

Nous avons souhaité explorer l'implication des sages-femmes dans l'abord de la sexualité postnatale auprès des mères. Nos hypothèses relatives à l'appropriation singulière et aux difficultés rencontrées par les sages-femmes pour aborder ce sujet dans leur pratique clinique ont été majoritairement confirmées par nos entretiens et leur analyse. Cependant, le postulat selon lequel la sexualité postnatale est peu mentionnée dans la formation en maïeutique et dans la littérature a été relativisé.

Il existe dans la formation initiale des apports théoriques et pratiques qui doivent permettre aux sages-femmes d'avoir des notions sur la sexualité et ces déterminants dans le postpartum. Néanmoins, ce socle commun varie selon les écoles et n'est pas toujours adapté aux besoins des futures diplômées. Si ces apports ont manqué, n'ont pas été suffisants ou ont été oubliés, il existe dans la littérature des écrits, des études et des articles, relativement nombreux, sur le sujet. Les formations complémentaires sont également des ressources pertinentes pour aider les sages-femmes à aborder la sexualité postnatale. Le compagnonnage, le travail et la communication en réseau ont été mis en avant comme des piliers permettant d'aborder la sexualité avec les femmes, mais aussi les couples. Ils sont un véritable enrichissement pour celles qui en bénéficient et un manque pour celles qui ne l'ont pas…

Ainsi, l'intérêt pour ce sujet et la construction du discours dépendent de l'histoire personnelle, de l'enseignement au sein des écoles de sages-femmes et des expériences cliniques en tant qu'étudiant comme en tant que professionnel. Le manque de connaissances est souvent cité comme un frein dans les études comme dans le discours de nos participantes. Notre système d'enseignement et d'évaluation nous poussent à la maitrise de connaissances techniques, à être « experts » d'un sujet pour en parler. Une seule des onze participantes était sexologue, soit experte du sujet par diplôme. Elle n'était cependant pas

la seule à avoir des connaissances sur le sujet et à l'aborder largement avec aisance. En réalité, toutes ont fini par reconnaitre parler de sexualité postnatale avec leurs patientes. Le principal frein n'était finalement pas le manque de connaissances, mais le manque de confiance et d'importance donnée à ces connaissances.

Un inconscient général nous fait faire un lien direct entre « sexualité postnatale » et « reprise des rapports sexuels ». Mais nous avons vu que la sexualité ne se limite pas au coït. La période postnatale bouleverse les « habitudes sexuelles » des couples, et les sages-femmes invitent souvent à s'emparer de cette sexualité nouvelle et différente. Informer les femmes de ces changements et leur permettre de se confier sur leur éventuel désarroi semble important et utile pour leur bien-être. Les sensations, les lésions périnéales, les modifications hormonales, la contraception, l'allaitement maternel, le rôle de la visite postnatale et de la rééducation du périnée sont autant d'approches possibles pour les sages-femmes quand il s'agit d'introduire la sexualité. Chacune à sa manière, en prénatal ou en postnatal, à la mère, au couple ou en groupe, les sages-femmes choisissent d'aborder la sexualité postnatale brièvement ou largement. Certaines participantes de notre étude nous ont même données des pistes pour oser parler de ce sujet, de façon adaptée selon elles, dans un souci de bienveillance.

En optant pour une approche plus générale de l'entente dans le couple, elles intègrent la présence et la qualité des relations intimes à la communication, aux appréhensions, à l'organisation domestique, à la place du nouveau-né et celle du père. C'est tout ce qu'implique le passage du duo à la triade ou de l'agrandissement d'une famille qui est abordé. Des difficultés à ces niveaux auront des répercussions sur la vie affective des parents, de même que la qualité des relations intimes peuvent impacter le déroulement du postpartum. Au regard de ces résultats et de leurs concordances avec la littérature, nous affirmons que l'accompagnement des femmes dans leurs difficultés du postpartum permet de créé un climat propice au bien-être sexuel. Cela sous-entend qu'aider les femmes à

s'épanouir dans cette période postnatale chaotique, c'est aider les femmes, et les couples, à s'épanouir dans leur sexualité après l'accouchement.

Avec une certaine surprise, cette étude nous a rappelé combien la sexualité postnatale a de conséquences dans des enjeux de santé publique actuels. Nous avons ouvert les yeux sur la connexion entre l'abord des relations intimes et celui des violences, la corrélation entre l'insatisfaction sexuelle et la dépression, les séparations et autres drames domestiques, dont les répercussions sur la santé et le développement de l'enfant sont fréquemment observés. La santé sexuelle participe au bien-être physique et psychique de la mère, mais aussi du père et du nouveau-né. En tant que sages-femmes, nous avons la mission de veiller au maintien de cette santé.

Les résultats de cette étude et la revue de la littérature qu'elle a nécessitée valorisent les compétences des sages-femmes dans l'abord de la sexualité postnatale. Si les sages-femmes prennent conscience de leurs connaissances, l'insertion de la sexualité postnatale dans leur discours déjà existant de prévention sera plus aisée. Pour permettre cette confiance, le socle commun de la formation initiale pourrait être ajusté, valorisé et uniformisé. Avec un renforcement, par les instances politiques, ordinales et syndicales, du travail en réseau, de l'inter professionnalité, de la performance de la formation continue et de la recherche en maïeutique, nous pensons que la sexualité postnatale pourrait trouver une place physiologique évidente dans la pratique professionnelle des sages-femmes.

« Une femme épanouie dans sa féminité, c'est une patiente qui accouche mieux ; qui vit mieux le postpartum, et son partenaire aussi ! »

- Katia, participante de l'étude

Bibliographie

1. LEGIFRANCE. Article L2212-1 relatif à l'interruption de grossesse. Code de la santé publique.

2. LEGIFRANCE. Circulaire du 9 mars 2018 relative à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes dans la fonction publique [Internet]. CPAF1805157C mars 9, 2018 p. 15. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/03/cir_43173.pdf

3. CHOI P, Henshaw C, Baker S, Tree J. Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. Journal of Reproductive and Infant Psychology [Internet]. 1 mai 2005 [cité 26 mars 2019];23(2):167-80. Disponible sur: https://doi.org/10.1080/02646830500129487

4. MIMOUN S. Sexe et Sentiments, version femme. Albin Michel. Paris; 2009. 425 p.

5. COLSON M-H. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2014;42(10):714-20.

6. DEFFIEUX X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2015;44(10):1141-6.

7. PAQUEREAU A. Les dyspareunies du post-partum [Internet] [mémoire de sage-femme]. [Angers]: Angers; 2010. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00557017/document

8. QUEYRENS I. L'abord de la sexualité par les sages-femmes en cours de préparation à la naissance et à la parentalité [mémoire de sage-femme]. [Marseille]: Aix Marseille; 2015.

9. FABRE-CLERGUE C, D-C H. Sexualité du postpartum. La Revue Sage-Femme. déc 2008;7(6):301-4.

10. OMS. Santé sexuelle [Internet]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

11. JALABERT A. Impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple et besoin en information [mémoire de sage-femme]. [Mets]: Ecole de Sage-Femme Metz; 2012.

12. 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 [Internet] [mémoire de sage-femme]. [Paris]: Paris Descartes; 2011 [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620267/document

13. MAYENGA J-M. Sexuality in the postpartum period. :2.

14. BARBARA G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovis I, Dridi D, Ronchetti C, et al. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs. Cesarean Section. J Sex Med. mars 2016;13(3):393-401.

15. OLSSON A, Robertson E, Falk K, Nissen E. Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. Midwifery. avr 2011;27(2):195-202.

16. DE PIERREPONT C, POLOMENO V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – partie 1. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. oct 2016 [cité 26 févr 2018];45(8):796-808. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231516300588

17. DE PIERREPONT C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 2. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 1 oct 2016 [cité 26 févr 2018];45(8):809-20. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231515003488

18. ANAES. Rééducation dans le cadre du Post-Partum. Paris,. 2002;78.

19. BRTNICKA H, et al. Human sexuality during pregnancy and the Postpartum période. Bratisl lek Litsy [Internet]. 2009 [cité 10 mars 2019];(110):427-31. Disponible sur: http://bmj.fmed.uniba.sk/2009/11007-11.pdf

20. MATTHIES LM, Wallwiener M, Sohn C, Reck C, Müller M, Wallwiener S. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 1 janv 2019 [cité 26 mars 2019];299(1):69-77. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/s00404-018-4925-z

21. CAPPELL J, MacDonald TK, Pukall CF. For new mothers, the relationship matters: Relationship characteristics and postpartum sexuality. Canadian Journal of Human Sexuality [Internet]. août 2016 [cité 26 févr 2018];25(2):126-37. Disponible sur: http://frodon.univ-paris5.fr/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=117494149&lang=fr&site=eds-live&scope=site

22. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. HAS; 2005 [cité 26 févr 2018] p. 134. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf

23. INPES. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. INPES; 2010 p. 4. (Fiche Action INPES). Report No.: 12.

24. REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf

25. CNGOF. Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie [Internet]. Paris; 2010 juin [cité 26 févr 2018] p. 5. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/dossier_gyneco.pdf

26. BRAMBILLA M. La place des sages-femmes en sexologie : étude descriptive auprès des sages-femmes sexologues de la région Rhône-Alpes [Internet] [mémoire de sage-femme]. [Grenoble]: Grenoble; 2016. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01349695/document

27. INPES. La Santé en Action-Prévention-Promotion-Education [Internet]. [cité 13 janv 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-423.pdf

28. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : Post-partum. 2015 p. 736.

29. ANDREUCCI CB, Bussadori JC, Pacagnella RC, Chou D, Filippi V, Say L, et al. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 23 nov 2015;15:307.

30. ABDOOL Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology [Internet]. août 2009 [cité 26 févr

2018];145(2):133-7. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211509002589

31. BRUMMEN HV, Bruinse HW, Pol GVD, Heintz APM, Vaart CVD. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology [Internet]. 2006 [cité 31 mars 2019];113(8):914-8. Disponible sur: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.2006.01017.x

32. MACADAM R, Huuva E, Berterö C. Fathers' experiences after having a child: sexuality becomes tailored according to circumstances. Midwifery [Internet]. oct 2011 [cité 26 mars 2019];27(5):149-55. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613809001600

33. CONDON JT, Corkindale CJ, Boyce P. The First-Time Fathers Study: A Prospective Study of the Mental Health and Wellbeing of Men during the Transition to Parenthood. Aust N Z J Psychiatry [Internet]. 1 janv 2004 [cité 26 mars 2019];38(1-2):56-64. Disponible sur: https://doi.org/10.1177/000486740403800102

34. BARRET G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean Section and Postnatal Sexual Health. Birth [Internet]. 2005 [cité 26 mars 2019];32(4):306-11. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.0730-7659.2005.00388.x

35. HANDELZALTZ JE, Levy S, Peled Y, Yadid L, Goldzweig G. Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. Arch Gynecol Obstet. 1 févr 2018;

36. ROGERS RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? J Midwifery Womens Health. avr 2009;54(2):98-103.

37. AVERY MD, Duckett L, Frantzich CR. The Experience of Sexuality During Breastfeeding among Primiparous Women. Journal of Midwifery & Women's Health [Internet]. 2000 [cité 27 mars 2019];45(3):227-37. Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S1526-9523%2800%2900020-9

38. VON SYDOW K. Sexuality during pregnancy and after childbirth : A metacontent analysis of 59 studies. Journal of Psychosomatic Research [Internet]. 1 juill 1999 [cité 26 mars

2019];47(1):27-49. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399998001068

39. ROWLAND M, Foxcroft CL, Hopman CWM, Patel MR. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. Canadian Family Phycisian. oct 2005;51:7.

40. MARRIE A. Sein érotique, sein nourricier [mémoire de sage-femme]. [Bordeaux]; 2014.

41. MOURICHON L. Sexualité, Maternité, Parole de femme. Robert Jauze. 2012. 191 p.

42. MIMOUN S. Des maux pour le dire. J'ai Lu. Paris; 2000. 275 p. (Bien être).

43. ALI MM, Cleland JG. The Link Between Postnatal Abstinence and Extramarital Sex in Cote d'lvoire. Studies in Family Planning [Internet]. 1 sept 2001 [cité 26 mars 2019];32(3):214-9. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1728-4465.2001.00214.x

44. POLOMENO V. La sexopérinatalité : où en sommes-nous? L'infirmière clinicienne. 2009;6(2):5.

45. INSEE. Mariages - Pacs - Divorces − Tableaux de l'économie française [Internet]. INSEE; 2017 mars [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569324?sommaire=2587886

46. CHAMBERLAND C. Violence parentale et violence conjugale: Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées. PUQ; 2003. 412 p.

47. GIELEN AC, O'Campo PJ, Faden RR, Kass NE, Xue X. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. Social Science & Medicine [Internet]. 1 sept 1994 [cité 31 mars 2019];39(6):781-7. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953694900396

48. WIDDING L. Postpartum, also a risk period for domestic violence. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology [Internet]. mars 2000 [cité 31 mars 2019];89(1):41-5. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211599001645

49. SKARI H, Skreden M, Malt UF, Dalholt M, Ostensen AB, Egeland T, et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth—a

prospective population-based study of mothers and fathers. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology [Internet]. 2002 [cité 26 mars 2019];109(10):1154-63. Disponible sur: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.2002.00468.x

50. ALARDO F. Contraception en suites de couches. Les entretiens menés en suites de couches correspondent-ils aux besoins des patientes ? [mémoire de sage-femme]. [Paris]: Paris Descartes; 2012.

51. GELIS J. L'accouchement : de la matrone à la sage-femme. L'Histoire. 2006;(32).

52. CNOSF. Code de Déontologie des Sages-Femmes. Code de la santé publique p. 16.

53. FARINE F, Lalanne-Magné F. Vaincre le tabou de la sexualité en périnatalité : un défi pour les sages-femmes [mémoire de sage-femme]. [Genève]: Genève; 2016.

54. ALVAREZ L. Psychologie et psychopathologie de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum. 2018.

55. CNOSF. Liste des titres de formations que le CNOSF autorise à mentionner [Internet]. CNOSF; 2018 [cité 25 mars 2019] p. 36. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/03/Mise-%C3%A0-jour-Mars-2018.pdf

56. FABRE-CLERGUE C. Les baleines bleues & Perineform [Internet]. Les baleines bleues. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: http://www.lesbaleinesbleues.com/index.php

57. RPC : Prévention et protection périnéale en obstétrique.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-PPPO.pdf&i=21003

58. GANTOIS A, Chevalier I, Galley-Raulin F, Guillaume S, Kheniche M, Sauvegrain P. 17e Journées du Collège National des Sages-Femmes de France. In Issy-les-Moulineaux; 2019. p. 7.

59. CAVILLON M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. DREES; 2012 mars p. 8. Report No.: 791.

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information et de consentement

Bonjour Madame X,

Actuellement étudiante à l'école de sage-femme de Baudelocque, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur **« L'abord par les sages-femmes de la sexualité postnatale dans leur pratique clinique ».**
Dans le cadre de ce projet, je souhaite réaliser des entretiens d'une trentaine de minutes avec des sages-femmes libérales, hospitalières et institutionnelles. Ils se dérouleront sur une période de juin à septembre.

Si vous souhaitez participer et partager votre expérience en tant que sage-femme (libérale/ hospitalière/ de PMI), vous trouverez ci-joint la lettre d'information et de consentement de mon projet.
Je vous communique mes coordonnées afin que vous puissiez me contacter pour toutes informations supplémentaires où pour fixer les modalités de notre entretien.

Je vous remercie par avance pour l'intérêt que vous porterez à mon travail et de votre soutien pour sa réalisation.

Je reste à votre entière disposition, cordialement

Anne Tourjansky, étudiante sage-femme
a.tourjansky@gmail.com
06 66 60 82 32

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Information / Consentement

Etudiante en dernière année à l'école de sage-femme de Baudelocque, je réalise un mémoire à propos de « **l'abord de la sexualité post natale par les sages-femmes** ». Pour cela, j'effectue des entretiens auprès de sages-femmes libérales, hospitalières et institutionnelles. Cet entretien est totalement anonyme. Vous pourrez y répondre librement, il n'y a pas de mauvaise réponse car ce qui est intéressant est votre avis personnel. L'entretien sera d'une durée approximative de 40 minutes.

Afin de ne pas perdre d'informations, et avec votre accord, cet entretien sera enregistré. Les données recueillis seront immédiatement effacées après leur retranscription. A tout moment vous pourrez vous retirer de cette étude.

Je vous remercie pour le temps que vous consacrez à cet entretien et de bien vouloir partager votre expérience.

Anne Tourjansky

Je suis d'accord pour participer à cet entretien et accepte d'être enregistrée

Oui / Non

Annexe 2 : Grille d'entretien

1. Abord de la sexualité post natale

Mots clés	Si je vous dis « sexualité post natale » : Quels mots cela vous évoque ?
Sage-Femme et sexualité	Selon vous, parler de sexualité : fait partis des compétences de la SF ? Quelle place est accordée à la sexualité dans le parcours de la maternité actuellement, et de la sexualité post-natale ?
Avis personnel	Si vous deviez décrire l'abord la sexualité avec vos patientes en 1 adjectif quel serait-il ? (facile, difficile, aléatoire, systématique, tabou …) Entre l'abord de la sexualité pré-partum et post-partum, vous sentez vous plus à l'aise avec l'une ? dans votre pratique abordez-vous plus l'une que l'autre ?

Diffusion de l'information	Au quotidien, à quelle fréquence pensez-vous parler de sexualité post natale avec vos patientes ? peu, parfois, toujours, autant que possible, jamais A qui donnez-vous l'info ? couple, femme, homme ? primipare / multipare ?
Place de l'information & Moyens	Comment abordez-vous le sujet ? Moment choisi, discours systématique ou attente, réponse aux questions, selon la situation Quels sont les points essentiels à aborder, les messages à transmettre ? *(selon l'exercice de la SF)* Est-ce que vous parlez de sexualité quand vous abordez la contraception ? Y a-t-il des situations ou vous trouvez cela plus facile ou plus difficile d'aborder la sexualité (freins, difficultés, leviers)
Conclusion	Pensez-vous que l'abord de la sexualité post-natale est important pour les femmes pour le déroulement du post-partum ? Selon vous, les sages-femmes devraient-elles aborder la sexualité post-natale de la même façon que le retour de couche, le baby blues, la cicatrisation des sutures, la contraception et autres sujets du post-partum? Qu'est ce qui pourrait vous permettre d'aborder plus facilement la sexualité post-natale avec vos patientes ?

2. Connaissance de la littérature

Formation sexologie	Au cours de votre formation, initiale et continue, avez-vous eu des cours de sexologie ? Qu'en avez-vous pensé, retiré ?
Littérature et sexualité post natale	Avez-vous déjà cherché de la littérature sur la sexualité PN ? Pensez-vous qu'elle est importante ? Savez-vous si l'abord de la sexualité et l'information à délivrée fait l'objet d'un chapitre dans des RPC obstétricales ou dans le code de déontologie des sages-femmes ?

	Quel est votre regard/ ressenti sur la littérature et son lien avec votre exercice quotidien : pertinence, utilité, accessibilité... ? Ressentez-vous un décalage entre la littérature (reco rééducation périnéale) et votre pratique clinique où votre expérience ?

3. Expérience personnelle

Vécu de mère *1.2*	Vous avez vécu ce parcours de maternité, acceptez-vous de parler de l'information que vous avez pu recevoir sur la sexualité post natale ? (Quand ? quels sujets ? comment ?) Comment avez-vous vécu de cette information ? (par rapport à ses attentes, connaissances) Ce parcours a-t-il influencé votre discours où votre pratique ?
Vécu de l'entourage *1.2*	Dans votre entourage, vous a-t-on rapporté des discours sur la sexualité post-natale son abord par les SF ? Ces expériences ont-elles influencé votre discours ou votre pratique ?
Vécu professionnel *1.2*	Avez-vous vécu des situations cliniques ou des souvenirs de patientes liés à la sexualité post natale qui vous ont marquées ? Influence sur son discours et sa pratique

➔ Pour pouvoir analyser de façon optimale cet entretien, je vais vous demander quelques informations supplémentaires :

Identité	Age Situation familiale : en couple / célibataire, enfants Abord de la sexualité dans son milieu familial : tabou, facile, intermédiaire
Parcours professionnel	Ecole et année de diplôme (nombre d'année d'école de SF lors de la formation) Nombre d'années d'exercice, dans quel secteur d'activité Formation complémentaire ou DU : si en rapport avec la sexologie, pour quelles raisons, dans quel contexte ?

Annexe 3 : Sexualité, Maternité : Les baleines bleues









Annexe 4 : Entretien de Delphine

Entretien du 23 aout 2018 = Delphine

Je : Ok c'est partie, en guise d'introduction, je commence toujours pareil, je vous demande de répondre sans réfléchir comme ça : si je vous dis « sexualité postnatale », quels sont les premiers mots qui vous viennent à l'esprit ?

D : *1seconde de pause puis :* Hummm, la peur, *petit rire un peu de tristesse,* humm…un frein à la sexualité, humm, mettre des mots dessus, verbaliser, hum, et surtout : Tabou.
2 secondes de blanc puis rires.

Je : ok, du coup est ce que, pour vous, parler de sexualité, notamment de sexualité post natale, ça fait partie des compétences pures des sages-femmes ?

D : oui, oh que oui ! mais… alors moi dans ma formation initiale je pense pas avoir été bien, *s'éclaffe,* bien formée. Humm, je pense qu'on devrait en parler d'avantage, en parler d'avantage en préparation à l'accouchement, hum parce que c'est un sujet très peu abordé. *Inspiration, A*lors, au détour de l'abord de la, de la contraception mais, et encore…je pense que c'est trop survolé et, et pas un sujet à part entière malheureusement. Donc euh, donc ça devrait être évoqué en préparation à l'accouchement. Parce que il y aussi sexualité et grossesse, déjà ça commence par là.

Je : et selon vous, quelle est la place aujourd'hui accordée à l'abord de la sexualité post natale, sur tout le parcours de la maternité ? À quel moment on en parle le plus, si on en parle un peu, beaucoup …

D : très peu. Alors, peut-être qu'on en parle, et encore, lorsqu'il y a une menace d'accouchement prématurée, et qu'on met la patiente au repos, et encore ! ça je l'ai constaté en PMI, c'est que c'est même pas abordé à ce moment-là, à moins d'avoir un col à 2doigts...voilà.

Je : et pour la sexualité postnatale ?

D : pour la sexualité post natale, bah on en parle euuh, on en parle en suites de couches quand on, quand on évoque encore une fois, la contraception …mais c'est, c'est très succin. Je pense trop succin.

Je : et donc selon vous, quels seraient les moments où ça devrait être abordé, où ça serait un bon moment pour que les femmes entendent parler de sexualité postnatale ?

D : Bin dès les consultations de suivis de grossesse, humm, mais surtout en PNP

Je : donc plutôt dès le prénatal ?

D : ah bah oui, en prénatal ça c'est sur, parce que bon la sexualité après l'accouchement on en parle presque pas mais encore moins la sexualité pendant la grossesse.

Je : *avec un sourire,* oui certes, mais bon mon sujet c'est surtout la sexualité postnatale !

D : oui oui c'est vrai !

Je : parce que souvent la sexualité postnatale semble être plus abordée en postnatale, à la visite postnatale, à la rééducation…la question c'est est ce que vous vous trouvez que c'est important de l'aborder avant ?

D : oui bien sûr, quand même bien sûr.

Je : ok. Donc on va venir un peu à votre pratique. Que ce soit là en suites de couches mais aussi en PMI, lorsque vous êtes amenée à aborder la sexualité postnatale avec vos patientes, quel adjectif utiliseriez-vous pour décrire cet abord ? Est-ce que vous trouvez que c'est facile, difficile, quels sont les freins ?

D : Moi ça a jamais été un….une difficulté pour moi, j'ai toujours été à l'aise avec le sujet. Euh…je pense que la, la procréation médicalement assistée a un peu changé la donne, euh peut-être que ça a un peu complexifié l'abord du sujet, peut-être pour certaines professionnelles euh parce que voilà, on ne sait pas si on doit parler de contraception ou pas… Moi je sais que, euh évidement avant de faire un examen en suites de couches de mes patientes je regarde toujours le dossier au préalable. Même quand je vois qu'il y a eu un parcours de PMA j'aborde toujours la sexualité et la contraception parce que voilà, on, on sait jamais. On ne connait pas tout le parcours en finesse et le dossier gynécologique de la patiente et je pense que ça mérite, je pense que les femmes sont…très contente qu'on aborde le sujet. Moi quand je peux avoir le, le conjoint euh, ou la partenaire, parce qu'on a des couples homosexuels en suites de couches, bah au contraire j'essaye de faire l'examen de sortie en présence du partenaire parce que ça le concerne également, et d'en parler très librement. Moi ça m'a jamais posé de problème. Après je peux comprendre que voilà, certaines professionnels soient plus en difficulté pour aborder le sujet mais c'est dommage, c'est dommage. Et puis, et puis évidement le lien avec la rééducation périnéale parce que, avec mon expérience en rééducation, même si elle était assez courte, euh, on ne se rend pas compte des, des répercussions sur le long terme que peuvent avoir une petite déchirure, une petite éraillure… bien sûr il y a l'épisiotomie, mais y a pas que l'épisiotomie. Et puis même quand y a pas forcement eu de gestes euh, de points de sutures euh, bah y a des femmes pour lesquelles la reprise de la sexualité du post partum reste très complexe. *Grande inspiration,* Ou même pour certains hommes hein, pour certains partenaires sexuels hein bien sûr.

Je : d'accord. Bon du coup on va parler un tout petit peu de la sexualité de la grossesse, en comparaison à celle postnatale. Vous en PMI ou en suites de couches, est ce que vous avez senti une différence entre aborder la sexualité de la grossesse et du post partum ? Est ce qu'il y en a une plus simple à aborder pour vous, ou une où les patientes ont plus de questions, sont plus en demande, à l'écoute ?

D : Elles en parlent peut être plus librement sur leurs craintes, leurs peurs, leurs appréhension sur le post partum. C'est possible, un peu plus que pendant la grossesse où c'est peut-être un peu plus tabou encore… ! ouai, huumm…*réfléchit,* alors que en fait y a pleins de patientes enceintes qui n'ont plus du tout de rapports sexuels, euh et voilà je pense que là aussi la place du partenaire elle est primordiale parce que, je dirais que la peur elle vient aussi souvent du partenaire sexuel pendant la grossesse, ou des deux et qu'après ça s'inverse ou c'est conjoint et ça s'installe pour le postnatal. Ça se répercute et hum, je pense que c'est dommage parce que, parce que y a pleins de méconnaissances…déjà, de méconnaissance du corps hein déjà sur les patientes. Déjà pendant la grossesse hein…les faire dessiner, les faire dessiner sur leurs corps ! Bon bah ça apprend beaucoup de choses et puis hum, et puis euh…nan jpense qu'il y a beaucoup d'appréhensions et si, et si en tant que professionnels on est pas à l'aise avec le sujet … *expression d'évidence accompagné d'une petite exclamation* : ça aide pas ! Ça aide pas la discussion hum…et, et alors que oui, **être en bonne santé, c'est aussi être en bonne santé sexuelle, voilà** ! et surtout je crois qu'il faut **rassurer** les gens et c'est ça c'est essentiel, sur le fait qu'il n'y ai pas de norme en terme de sexualité et… Quand j'étais en PMI j'ai fait un petit peu de centre de planification donc j'ai vu beaucoup de jeunes et, et **l'idée de la performance et des normes sociétales** en fait, qu'on veut nous bourrer dans le crane… ça je pense que c'est un frein énorme à se sentir bien, détendu…Alors pendant la grossesse…c'est encore une autre histoire.

Je : Ouai…Et vous pensez que l'absence de « normes sexuelles » comme vous dites, ça peut aussi être un frein pour les professionnels : de pas savoir quoi dire, de ne pas pouvoir se raccrocher à des « normes », de pas savoir comment conseiller… ?

D : *réfléchis une seconde, se redresse sur sa chaise,* oui bah ça demande d'être très souple en tant que professionnel et de s'adapter aux personnes qu'on a en face de nous et surtout de pas juger quoi. Là c'est vraiment un sujet où….typiquement voilà faut respecter. Parce qu'effectivement, ça nous est toutes arrivées d'avoir des questions un peu farfelues en suites de couches. Je me rappelle moi d'une dame qui avait eu un périnée complet euh, qui me parlait des rapports anaux euuh…vous voyez alors qu'elle venait d'accoucher et d'avoir un périnée complet…bon bah …oui, oui, encore une fois on n'a pas, on n'a pas à juger et on doit s'adapter, conseiller au mieux ! Bon évidemment là j'ai pas conseillé la reprise tout de suite hein ! *rire commun, regard bienveillant.* Les rapports anaux après un périnée complet : moyen hein !
Mais euh, voilà faut être souple, s'adapter...Mais bon, comme dans toute notre spécialité finalement, de toute façon en obstétrique c'est ça voilà, tout peut changer très vite et voilà, c'est le propre de notre métier, et surtout être à l'écoute et bienveillante ! P*etit hochement de tête et pincement des lèvres semblant signifier que ce n'est pas évident mais qu'il faut essayer au maximum*

Je : d'accord. Alors on va rentrer dans le vif du sujet, c'est-à-dire l'abord que vous vous avez de la sexualité post natale avec vos patientes. Je ne connais pas bien mais la PMI c'est quand même un peu à part comme unité, je ne sais pas si vous faisiez plus du prénatal ou du postnatal.

D : les 2 mais c'est plutôt du prénatal.

Je : du coup pour l'un ou les deux, à quelle fréquence vous en parlez, est ce que c'est systématique, comment vous l'abordez, à quel moment, dans quel contexte ?

D : alors en PMI, je faisais essentiellement un accompagnement à domicile. Euuuh, des femmes enceintes qui présentaient une vulnérabilité psychosociale quel qu'elle soit. Donc ces patientes je n'étais pas responsable du suivi de grossesse, j'étais en plus voilà, pour accompagner euh et préparer au mieux l'arrivée du bébé, dans les conditions de vie qu'elles avaient, euuh, donc effectivement, comme je vous l'ai un peu évoqué tout à l'heure, moi j'en parlais effectivement. Après dans ma patientelle moi j'avais malheureusement, essentiellement des patientes mmmh avec des parcours migratoires terribles, euh, qui avaient subis des viols et qui étaient souvent toutes seules donc c'est compliqué, j'avais beaucoup de patientes dans la prostitution. Donc j'en parlais, mais évidemment avec un discours à chaque fois adapté. Enfin c'est pas, je me disais pas « tiens aujourd'hui je vais parler de sexualité. » je, je, je m'adaptais aux femmes. Déjà faut les apprivoiser un peu j'ai envie de dire, parce que c'est des contextes très particuliers et puis je m'adaptais au fur et à mesure des rendez-vous. Voilà je les voyais à peu près toutes les 3 semaines à peu près, sauf celles qui avaient une MAP et voilà et après on surf, on s'adapte, parce que c'est des situations….dramatiques. Après voilà, les patientes prostituées j'insistais beaucoup sur la prévention euh…évidement sur les préservatifs …euh voilà et avec ça j'ai découvert pleins de choses aussi sur la contraception. Et pareil la contraception faut savoir l'amener, le dire finement et euh, eeuhhh…avec douceur ! *petite rire et sourire.*

Je : d'accord !

D : et puis moi de toute façon, pour toutes mes visites à domicile, j'avais ma petite pochette, que d'ailleurs j'ai encore en suites de couches, et dedans j'avais tous les moyens de contraception en démonstration, avec la taille réelle d'un utérus, parce qu'elles s'imaginent des choses tellement énormes *ouvre grand les yeux et gestes des mains de « énorme »* et en dehors de la réalité.

Je : et en PMI vous aviez l'occasion de parler vraiment de sexualité postnatale ou c'était beaucoup de prénatal ?

D : mes visites en postnatal c'était plutôt des questions autour du bébé et de l'allaitement. Mais j'en parlais, sisi j'en avais qui venaient en centre de PMI, bah me demander un conseil, une contraception, voilà ça m'arrivait sisi, où de venir pour la rééducation du périnée donc là je parlais de la sexualité aussi hein. Et, et les patientes que j'avais suivi en prénatal, bah de toute façon je passais le relais en post natal parce que à paris il y a les puéricultrices et tout un réseau hein, on doit passer la main c'est normal… mais il y en avait parfois, des contextes très particuliers, que je suivais encore quelques visites.

Je : mais donc vous faisiez de la rééducation en PMI ?

D : non, non malheureusement non, j'aurai bien aimé, j'ai essayé mais non.
Signe de déception, petite moue accompagnée d'un sourire
Rire.
D : surtout qu'on a beaucoup de patientes sans couverture sociale du tout, et donc elles n'ont aucune rééducation …Et c'est bien dommage. J'ai essayé, mais j'ai échoué là-dessus.

Je : *après une petite pause.* En PMI vous aviez beaucoup de femmes seules, mais en suites de couches quand vous l'abordez, vous l'abordez avec la femme, ou si le couple est là vous préférez l'abordez en couple ?

D : tout à fait, j'essaye dans la mesure du possible, dans la visite, on fait comme on peut mais voilà, vu la charge de travail, mais encore hier y avait un monsieur qui était là je lui ai dit « vous restez ! ». J'essaye oui, j'essaye de parler au couple. Si on ne soupçonne pas une situation particulière**, des violences conjugale**s évidemment. Mais j'essaye vraiment de faire en présence du compagnon, ou de la compagne.

Je : Du coup on va parler un peu des suites de couches, est ce que vous pouvez me dire comment vous l'abordez, quand, ce que vous dites, de quoi vous parlez sur la sexualité postnatale.

D : Alors. *Prend une grande respiration et se lance.* Moi je pars du bébé généralement *petit rire,* ça peut paraitre bizarre, mais j'essaye d'expliquer dans quel état on se trouve quand on vient d'accoucher. Parce que c'est un état très particulier, huuummmmm et hum, et euuuuuh…encore une fois je pense qu'il y a une méconnaissance du corps qui ressort là euh très fort et déjà expliquer ce qu'est un bébé, ses besoins, ses demandes. Euh… moi je suis une fane du peau à peau alors souvent voilà je passe aussi un petit peu par le papa et j'explique un petit peu ce que c'est qu'un nouveau-né. Et que voilà, quand on vient d'avoir un bébé et bah y a quelques mois où on va être dans une espèce de bulle, qui ne va pas durée indéfiniment. Et qu'un bébé ça demande du calme, du temps d'observation, d'essaye de comprendre ses besoins**. On peut ne pas être wonder woman** et produire du lait si on allaite et que tout roule. Et que un bébé qui pleure, enfin qui mange, qui pleure quand il a faim et qui dort dans son berceau c'est un mythe quoi voilà ça les gens, même pour des 2ème ou 3ème bébés là je suis assez étonnée, on dirait qu'elles découvrent ! Donc je pars de ça, et aussi de l'allaitement, et aussi d'expliquer au partenaire que lui aussi il a besoin de créer cette petite bulle de protection autour de sa femme de son bébé voilà. Et puis que le manque de sommeil ça va être compliqué pour eux, plus pour sa femme que pour lui, mais lui aussi il est impliqué dans, dans, dans tout ça et que, et que, bon bah je parle des saignements du post partum et que effectivement tant qu'il y a des saignements y a un petit risque infectieux etc. Et … que dès que les saignements sont terminés que voilà ils peuvent reprendre le cours de leur vie comme avant et au contraire pas trop tarder à retrouver leur intimité et…que plus tard il peut y avoir des appréhensions, je parle des sutures. Alors je repars aussi pas mal de la préparation à l'accouchement si y a lieu, si elles ont fait un massage du périnée voilà, si elles ont fait une préparation particulière. Et puis moi j'aime bien toute les techniques corporelles que ce soit la sophrologie, où même si elles ont fait une préparation classique, comment elles ont appris à respirer tout ça, et à connaitre leur périnée quoi. Et voilà, surtout, j'explique tout ça…et puis, et puis euuuh, les risques d'ovulations, j'enchaine sur la contraception….

Je : donc vous parlez plutôt d'abord un peu de reprise des rapports, de sexualité Puis vous parlez de contraception ?

D : ouai. Ouai, plutôt dans cet ordre-là mais je parle d'un tout, je parle d'une ambiance, d'un état dans lequel ils vont se trouver pendant plusieurs semaines, plusieurs mois et ça c'est normal et que ils vont avoir besoin de se retrouver ! Alors c'est vrai que maintenant, comme on conseille que le bébé dorme à côté des parents c'est vrai que ça peut gêner c'est vrai, les 6 premiers mois c'est vrai que c'est énorme, je peux comprendre hein !

Je : y a beaucoup de question la dessus ? Entre la présence du bébé ?

D : pas trop non, sur le fait que le bébé soit dans la chambre avec eux, non pas trop…

Je : Ça vient peut-être plus après, que la ils se réalisent pas encore à la maison

D : Ouai c'est ça, je pense qu'ils s'en rendent pas compte, pis c'est vrai que les femmes se disent « nan mais là la sexualité … ! » mais c'est important, il faut en parler.

Je : donc même quand elles vous disent ça vous en parlez.

D : oui, oui et puis moi je fais vraiment le parallèle entre reprise des rapports et la rééducation du périnée ça c'est sure et…

Je : et quand vous dites « ne tardez pas trop », vous donnez des temporalités ?

D : moi je dis dès qu'il y a plus de saignements.

Je : pour reprendre. Et quand vous dites « pas trop attendre non plus » pour vous c'est quoi ? Vous leur donnez un peu une « date limite » ? *avec un sourire*

D : nan, de toute façon je peux pas donner de limite de temps mais je leur dis qu'à la visite postnatale faudra en reparler et puis surtout la rééduc…qu'on, qu'on doit plus prescrire systématiquement malheureusement mais voilà…
Voilà. Donc je parle de tout ça et j'insiste, moi je parle beaucoup de la rééducation, parce que j'adore la rééducation manuelle, vraiment brancher des femmes sur des sondes je trouve que ça a pas grand intérêt. Mais euh du coup je leur dis « vous allez apprendre pleins de choses sur votre corps, mieux vous connaitre et puis, ça va vous aider à, à moins appréhender la reprise des rapports sexuels… » Ça j'insiste beaucoup là-dessus. Euh, aussi si il y a des petites douleurs persistantes sur le fait qu'il y a des ostéopathes spécialisés dans le petit bassin, que, et que moi j'ai déjà vu des miracles en 1 séance sur des petites éraillures qui étaient douloureuses, des petites cicatrices un peu fibreuses voilà. Et tout ça ça les rassure un peu, qu'il y ait des choses. Même si je trouve que maintenant y a quand même beaucoup moins d'épisiotomie heureusement hein bien évidemment, mais y a quand même un taux de déchirure qui reste important malgré tout, ce qui est normal mais, mais voilà et, et euh…. Enfin voilà, je fais vraiment ce lien très étroit entre la reprise des rapports et euuh le post natal et la rééducation périnéale.

Je : donc au finale *geste de synthèse*, vous parlez systématiquement dans vos visites de sortie de SDC : de sexualité, de RP, de contraception. Pour vous ça fait partie d'un tout, ça fait partie de la visite de sortie. Est-ce que pour vous, parler de sexualité postnatale dans la visite de sortie des SDC ça devrait être systématique comme on parle de l'allaitement, de la physiologie du post partum, de la contraception, tout ça ?

D : oui, bien sûr…si seulement …
Petit sourire et rire entendu des deux, on pense la même chose.

Je : okok, et quand vous l'abordez, est ce que vous trouvez que les femmes ont plus de questions, sont plus orientée vers la contraception où est ce qu'elles sont intéressées et posent des questions sur la sexualité dès les SDC ?

D : oh, je pense qu'elles sont contente qu'on en parle, elles sont contente qu'on aborde le sujet, mais on sent quand même que c'est vite balayé quoi, que elles sont plus centrées sur le bébé, ce qui est normal, sur l'allaitement, les soins … et c'est ça qui les angoissent plus. La durée du séjour est quand même courte, mais maintenant y a quand même le PRADO et les sages-femmes qui prennent le relais à domicile et ça c'est super ! Mais, mais on sent que c'est plus ça qui les préoccupe, et à juste titre.

Je : oui, je comprends. *3 secondes de pause, je sens qu'elle va dire autre chose*
D : c'est vrai que depuis que j'ai repris en suites de couches, je trouve qu'on rabâche beaucoup, qu'on dit toujours la même chose, et que les **patientes reçoivent souvent un discours euuh, sur la pilule et le <u>risque</u> de grossesse, voilà. Risque, un discours de peur, de négatif, de danger avec la contraception à tout prix…je pense que parler de sexualité avant c'est l'amener euuh, autrement**… Après moi j'aime bien l'idée d'un groupe, euh, le côté individuel est intéressant, mais euuh, en groupe qu'elles se rendent compte qu'elles ont les mêmes questions, qu'elles échangent, elles sont moins seuls.

Je : et quand vous parlez de tout ça en suites de couches, est ce que certaines patientes savent déjà des choses ? Sur la reprise des rapports, sur la rééducation du périnée, la contraception ? Soit de l'anténatale, soit des grossesses d'avant, est-ce qu'elles savent déjà des choses ?

D : alors sur la sexualité non. Sur la rééduc je trouve qu'elles sont quand même bien informées, souvent elles savent des choses, elles savent que c'est important, que c'est de la prévention.
Après, quand je faisais de la rééduc du périnée à la maternité c'était un peu biaisé, parce que j'avais des patientes particulières, les non assurée sociales, celles qui avaient eu une mort in utéro… donc c'est pas pareil, j'avais aussi des accouchements sous X. Alors ça c'était très fort, c'était différent, elles venaient terminer leur histoire, finir à la maternité où elles avaient accouché…alors ça c'était vraiment fort, c'était extraordinaire, mais forcement le discours était très différent pour chaque histoire… Pareil pour les patientes que j'avais qui étaient vraiment psy…
De toute façon le périnée c'est tellement le reflet de l'état de la personne, de l'état moral de la personne, c'est incroyable, incroyable !
D'une séance à l'autre c'était « bon bah là madame on va pas insister on va plutôt euh discuter... » après c'est la limite, on est pas des psy mais bon, il fallait mieux que je les écoute et qu'on en parle plutôt que de s'acharner à travailler le périnée où de toute façon y avait 0 réponse et même pas la peine…de toute façon la dame elle pleurait donc le périnée… donc euh, ouai le périnée c'est incroyable tout ce que ça peut nous raconter ! *Rires.*
A nous en tant que sage-femem et voilà…

Je : c'est vrai ! Vous avez parlez des accouchements sous X, est ce qu'il y a des situations où vous avez trouvé ça particulièrement difficile d'aborder la sexualité, des freins…dans certaines situations, certaines patientes ?

D : c'est surtout les patientes seules quoi, les patientes seules dans des parcours migratoires juste horrible, où celles qui subissent des violences sexuelles…là c'est compliqué, c'est compliqué …d'un autre côté je pense qu'on a un grand rôle euuh, dans l'espoir quoi, que euuh…voilà, et dans la santé sexuelle, d'expliqué que ça fait partie de notre santé tout cours quoi ça c'est bien de le redire, de le formuler tout simplement. Mais c'est vrai que bon, j'ai des patientes que j'accompagnais vraiment, alors en plus moi j'étais au domicile, ce qui n'est pas la même démarche, et j'ai adoré parce que, dans certain appartement très, très beau, très classe, je me suis sentie plus mal à l'aise pour discuter, que dans certaine chambre d'hôtel style 115 où il y avait les cafards…humm je veux dire c'est une question de relation, d'ambiance, de feeling avec les gens pour aborder des sujets aussi tabou. Mais c'est vraiment, le domicile, c'est la patiente qui vous autorise, vous accepte dans Son environnement ! Alors j'essayais toujours d'aborder la sexualité dans le sens « là vous êtes toute seule, avec votre enfant c'est pas facile, mais ça va évoluer, vous aller surement rencontrer quelqu'un de gentil,

quelqu'un de respectueux…Voilà j'essaye de l'aborder d'un côté un peu positif…Après c'est en fonction, faut apprendre à se connaitre ! Voilà il faut avoir un minimum de connaissance de la personne et de confiance, de confiance euh réciproque.
C'est comme quand j'étais en rééducation du périnée, à l'époque on avait fait un beau dossier, une belle trame mais euuh, voilà c'était un déroulé de question type de rééducation du périnée style « avez-vous des fuites d'urines ? » des questions comme ça souvent les patientes elles disent « bah non ». Et puis si vous amenez la question différemment en demandant le nombre de fois où elles se changent de garnitures, où elles se lèvent la nuit… et elles disent « bah 3 ou 4 fois par jour ! » bah vous vous dites « ah tiens…peut être que quand même c'est pas parfait ». Et tout ça en 10 minutes de consultations c'est sure que c'est compliqué ! Moi à domicile c'est sure que je restais 1heure …mais dans le rush des suites de couches aborder tout ça c'est parfois maladroit ou difficile

Je : et dans cette trame de rééduc, les questions sur la sexualité, la reprise des rapports sexuels c'était lié à la contraception, c'était juste une question ou c'était détaillé ?

D : Ah non non, non c'était vraiment à part entière, enfin bien sûr y avait des questions sur la contraception mais la sexualité c'était détaillé finement, on s'y penchait vraiment, sur les répercussions possible de l'accouchement, le vécu, la parité, le poids les bébés tout ça… et puis les sensations surtout.

Je : vous évoquez les répercussions de l'accouchement, est ce que vous avez le souvenir d'avoir observé des différences, plus ou moins de difficultés à la reprise des RS entre les différentes voies d'accouchement : césarienne / voies basse, mais aussi siège, jumeaux, face, instruments, épisio …

D : ouai je pense que sur les césariennes la reprise des rapports était plus rapide effectivement que sur les voies basses avec, encore une fois, j'ai eu des femmes avec des épisiotomies bien suturées, bien cicatrisées, où ça roulait et d'autres avec des petites déchirures, même des éraillures… Moi je me souviens très bien d'une patiente, avec juste une éraillure sur la petite lèvre et je pouvais même pas faire ça *geste de posé le doigt*, elle était au plafond quoi c'était…et donc elle je l'avais orientée vers une collègue sage-femme ostéopathe, et en une séance euh elle avait vraiment, bah libéré la tension, les petites adhérences, sclérose de la cicatrice. Sur le reste euh nan j'ai pas trop vu de différence…c'est surtout les multipares, les grandes multipares où c'était compliqué, au niveau mmmh, au niveau de la vulve, au niveau euh, au niveau

Je : de la béance ?

D : oui voilà de la béance, c'était surtout ça et travailler les latéraux c'était compliqué. Mais c'est vrai qu'en plus l'image du corps chez ces femmes là c'est difficile. Elles se plaignaient, me disaient « je ne reconnais pas mon corps, c'est plus comme avant dans les sensations, je ne contrôle plus, dans les rapports sexuels je ne sens rien ». Donc c'était surtout un travail sur les béances vulvaires. Ca m'est même arrivé de demandé des avis, euh chirurgicaux de spécialiste du périnée.

Je : vers qui vous réorientez vos patientes ? Ostéo, chirurgiens….sexologues, kiné, psychologues… ?

D : oui, ah sisi sisi, ostéo beaucoup et chir, sexologue pas trop nan, mais parce que à l'époque c'était pas très répandu quoi, c'était pas trop le, le…y en avait pas beaucoup, donc non pas trop sexologue, mais psychologue oui bien sûr, si si si.

D : après ça arrive, y a des patientes parfois…par exemple j'ai fait un groupe de PNP un peu sur sexualité et grossesse, aux bluets avec des femmes enceintes et des femmes non enceintes en post partum et y en a une qui m'a clairement dit, donc ça arrive, « ah bah moi déjà les rapports sexuels d'habitude j'aime pas ça mais alors la enceinte non merci ! » Donc c'est rare mais ça arrive des patientes qui en parlent spontanément, de leurs appréhension par rapport à ça et qui viennent parce qu'elles s'intéressent à ça. Mais chez cette patiente, on sentait que c'était par un certain mécanisme de défense en plus c'était en groupe et je lui ai dit « mais on dirait

quand même enfin j'ai l'impression de percevoir que ça vous fait souffrir un peu » … c'était intéressant. Enfin, je me suis un peu éloignée de la question…

Je : Pas de soucis. Mais on va revenir un peu sur ce que vous disiez au début, vous m'avez dit « tabou » pour la sexualité du post partum : c'est surtout les patientes pour qui vous ressentez que c'est tabou ou plus les professionnels aussi ?

D : ouai, je pense que vraiment, encore une fois qu'elles sont pas…elles sont pas euh, dans la sexualité quand elles viennent d'accoucher, ça va très vite, elles ont pleins d'informations en suites de couches, c'est pour ça que je pense qu'il faut insister sur le PREnatal, ça se prépare, ça s'anticipe, parce que après l'accouchement le bébé prend toute la place, elles sont occupées par les soins du bébé, l'alimentation…elles se mettent en second plan,. Elles font face à la réalité, elles réalisent que l'enfant est là maintenant, petit à petit, et encore plus au retour à la maison, donc euuh**, je pense pas qu'en suites de couches en parler ce soit « tabou » c'est juste pas forcement la bonne temporalité pour chacune. Mais euuh, je pense que c'est aussi un sujet « tabou » pour les professionnels…c'est euuh…je pense, malheureusement,** pas un sujet qui passionne tout le monde c'est dommage, et que c'est difficile à amorcer et à aborder dans le post partum de l'hôpital, ça va trop vite…

Je : *après une courte pause B*on, on s'est bien étendue sur cette partie de l'abord, maintenant on va toucher un peu un autre sujet qui sont les formations et la littérature. Donc dans votre formation initiale de l'école de SF est ce que vous vous souvenez avoir eu des cours de sexologie, des conseils sur la sexualité du post partum, sur la rééducation du périnée, quoi que ce soit dans les cours sur les suites de couches où sur la visite postnatale ?

D : non alors moi j'ai fait mes études en province à X, donc c'était très bien mais euuh, franchement, franchement, très très survolé quoi, euuuh peut être 1h de cours sur les 4 ans d'école quoi, nan franchement c'est très très peu abordé en formation initiale.

Je : Et est ce qu'en suites de couches vous avez eu des questions de patientes où vous eut besoin de chercher des informations ? Quand est-ce que vous avez eu besoin « d'aide » et comment avez cous fait pour construire votre discours ?

D : bah, quand j'ai repris le projet de rééducation du périnée là ça m'a quand même amené à, à cette réflexion là évidement euuh, euuh, et puis surtout mon DU de gynéco-psychosomatique où là j'ai appris beaucoup à parler de sexualité, euuh bah moi j'adore tous les bouquins de Sylvain Mimoun c'est vrai que « des maux pour le dire », « la sexualité », il a écrit pleins de bouquins, même si, même si vous savez, il est gynécologue et psychiatre à la base. On le connait comme sexologue mais à la base c'est un médecin et ça se sent dans sa façon de…voilà, et puis il y a pas que lui qui nous donnait des cours euuuh y avait des enseignants incroyables…

Je : mais donc avant de reprendre le projet de rééducation du périnée à X est ce que en suites de couches vous en parliez déjà, comment vous en parliez ?

D : ouai, j'en parlais mais mal…honnêtement je pense que j'en parlais mal, j'en parlais que au travers de la contraception franchement c'est tout… et c'est vraiment euh ouai mon expérience en rééducation qui m'a fait comprendre l'importance de parler du périnée pour la vie des femmes…et des couples !
Parce que, parce que nous on se concentre, et c'est normal, sur la grossesse, l'accouchement…les suites de couches malheureusement je trouve que c'est le parent pauvre de la maternité et c'est bien dommage parce que c'est un peu ça qui finis l'histoire en tout cas de la maternité, et après euuh la rééducation bien sûr. Nan moi **c'est en écoutant les femmes que je me suis formée et améliorée, je l'espère !** ***petit rire*****, et voilà et, et je pensais pas ! Je pensais pas moi naïvement qu'une petite éraillure de rien du tout de notre point de vu, pouvait être aussi blessante, être un point de douleur, une atteinte à la sexualité d'une femme…et qu'elles n'osaient pas forcement en parler, parce que en fait, on leur dit « vous avez une petite éraillure de rien du tout, ça fera pas mal… » on véhicule ça… Mon DU m'a vraiment ouvert les yeux sur ça,…euh**, il y a vraiment

notre point de vue nous les professionnels, nos études, nos recommandations, on se croit plus fort que tout, mais en sexologie il faut rester très humble...mmmmh. Je me souviens d'une gynéco italienne que j'adorais, qui avait fait une étude à Milan sur des femmes qui avaient accouché voie basse, normalement, des accouchements eutociques … et elle les a fait dessiner leur accouchement. Et elles dessinaient le bébé tout petit, des ciseaux énormes, du sang, la sagefemme en tablier de bouchère le masque jusqu'aux yeux terrifiantes…et on a pas forcement conscience nous **que 30 à 40% des femmes sont dans un état de stress post traumatique après un accouchement …normal** ! *d'une voie triste* Et elles n'en parlent pas et ça reste, il faut les faire parler, ça reste sur l'image de leur corps. Ça c'est le bon moment en rééducation …

Je : et est-ce que vous pensez qu'il est facile, accessible, si vous avez déjà cherché de trouver de la littérature, des études sur la sexualité postnatale, en France où à l'étranger ?

D : nan pfff, nan je me suis pas trop intéressée aux études, j'ai pas cherché, j'espère qu'il y a quand même des choses qui existe nan ! enfin ça m'étonne pas trop, sur la sexualité en générale on doit trouver mais sur le postnatal pure je pense pas mais... mais, j'imagine que ça court pas les rues.

Je : mais vous m'avez parlé du rapport sur la rééducation périnéale et le fait que ça ne soit plus systématiquement abordé en suites de couches, par rapport à votre pratique, à votre discours quotidiens qu'est-ce que vous en avez pensé ?

D : et bah je me suis fâchée avec X qui a fait partie du groupe de l'étude du CNGOF. De toute façon euh, euh je pense qu'ils se rendent pas compte parce qu'ils ne s'intéressent pas au sujet, pour eux…**ils ne savent pas l'étendu de ce qu'est la rééducation manuelle, tout ce qu'on fait, je pense qu'ils ne s'intéressent pas à ce qu'on fait, au-delà de l'incontinence urinaire malheureusement…**
Je me souviendrais toujours d'une bonne femme qui venait me voir en rééducation du périnée, elle avait euh, une cinquantaine d'années…parce que j'avais quand même quelques possibilités de, de, de rendez-vous pour des patientes extérieures à la maternité. Elle vient me voir elle me dit « voilà, mon médecin généraliste m'a dit de faire de la rééducation du périnée parce que j'ai des gros problèmes de genoux, je dois me faire opéré, mais il m'a dit « on va commencer par un peu de rééducation du périnée » » parce qu'elle avait eu 3 enfants et on ne lui avait jamais proposé la rééduc voilà, bref il lui a dit « commencez par la rééducation du périnée et après vous revenez me voir et on verra pour l'opération ». Sur le coup j'étais très dubitative sur les genoux, le périnée… je me suis dit « bon… pourquoi pas allons y de toute façon ça vous fera pas de mal ! » et puis on a, elle était géniale cette dame, on a beaucoup travaillé, c'était très sympa. Et puis on a amélioré des petites choses quand même, connaitre son corps, verrouiller le périnée à bon escient, et puis…et puis bin elle est retourné voir son médecin après 10 séances …Elle est revenu me voir et m'a dit « bah écoutez pour l'instant on ne m'opère pas. Peut-être plus tard mais là ça m'a rééquilibrée ça va mieux ! » et ça m'avait bluffée ! Ca c'était chouette ! **Mais la rééducation c'est de la prévention et ça tant qu'on l'a pas compris …c'est pas forcement réglé une fuite d'urine quoi … heureusement que toutes les patientes qui venaient me voir n'était pas incontinentes….** ! Et tant mieux, mais elles étaient époustouflée de tout ce qu'elles apprenaient sur elles même de tout ce qu'elles pouvaient faire ! Nan c'est passionnant la rééducation du périnée.

Je : oui je vois. Bon on a parlé du coup de ce texte sur la rééducation du périnée ; je ne sais pas si vous avez entendu parlé ou lu les autres grosses RPC du collège des gynéco-obst sur le post partum, qui balaye normalement tous les sujets du post partum écrit par des gynécologues, obstétriciens et sages-femmes …et dans les quels à mon grand étonnement, la sexualité n'apparait jamais…

D : tout à fait. Je ne l'ai pas lu mais je sais qu'il existe, c'était y a un ou deux ans déjà nan ?

Je : oui, 2015, 2016. Donc c'est un gros dossier qui balaye le post partum immédiat, l'allaitement…4 chapitres, la contraception, le retour à domicile, le PRADO, la visite post natale, la rééducation du périnée entre autres… et le mot sexualité n'apparait jamais… ! D'où mon étonnement, on a l'impression qu'il faut en parler plus, mais l'absence du mot dans les textes diffuser n'aide pas les professionnels à se lancer pour l'aborder.

D : bien sûr c'est ce que je vous disais au début, si on est pas à l'aise pour en parler et qu'on ne peut pas s'appuyer sur la nécessité d'en parler pour se lancer c'est compliqué.
Après je vous avoue que **je lis pas beaucoup les recommandations, c'est plus ma pratique, mes patientes et mes formations qui, qui m'ont …c'est plus parlant pour moi ouai, ouai…**

Je : Oui je comprends, ça fais un peu un lien avec ma dernière partie, qui concerne la construction de votre discours, ce qui vous a amenée à parler de sexualité avec vos patientes comme vous le faites et la part de votre expérience personnelle dans tout ça.. la part de votre vécu…je ne sais pas si vous avez des enfants…et si cela vous a amené à vous poser des questions, à changer votre discours, à vouloir vous former, je ne sais pas…
D : mmh, mmh *hochement affirmatif de la tête,* oui oui. Alors, sur le fait d'avoir des enfants moi j'ai toujours, *pause 1seconde,* enfin j'ai jamais aimé les, les, les sages-femmes qui avaient des discours de « pour être une bonne sage-femme il faut avoir des enfants soit même ». Ca je pense que c'est faux et voilà. Cependant, d'être mère moi-même, ça m'a un peu changé ma, ma compréhension de, euh, de l'état dans lequel on se trouve en suite de couches. Ca par contre oui, ça j'avoue ça m'a aidé, ça m'a guidé. Cette espèce de flottement absolument indescriptible…et toutes ces émotions contradictoires qu'on peut avoir quand on vient d'accoucher, et ça c'est vrai. C'est assez difficile à décrire c'est un peu floconneux comme état c'est, ça c'est vrai. Humm, mais franchement… nan puis je pense que j'ai loupé pleins de trucs dans mes allaitements comme ailleurs… *rires* j'avais pas l'expérience, nan mais c'est vrai

Je : et sur la sexualité, est ce que ça vous a aussi guidé ?

D : alors sur la sexualité, en parler plus oui ça c'est vrai, ça c'est vrai, mais je pense que quand on est sage-femme, même si on a pas d'enfant…on peut quand même euuh …*reste en suspend*
Je : ok vous c'est pas ça qui vous a aidé à baser votre discours
D : non, non c'est pas ça. Sur la sexualité et sur le périnée euuh c'est vraiment d'avoir écouté les femmes qui m'a guidé et ça c'est indéniable.

Je : et ce discours vous l'avez eu dès vos premiers temps en suites de couches ou c'est à la rééducation du périnée, ou en PMI …Est-ce qu'il y a eu un déclic à un moment ?
D : nan c'est surtout euuh, la rééducation périnéale vraiment qui a été un déclic sur euuuh, sur qu'est ce qu'on faisait dans les grosses maternités…C'est pas une critique sur X un…c'est ce, ce turn over continuel, ce « vite, vite, vite il faut sortir », « madame tout va bien », enfin voilà je schématise bien évidement mais voilà…cette vitesse, cet abatage, et d'avoir écouté les femmes qui avaient tant de questions en suspens. Et a un moment donné je me suis dit « on en devient maltraitant » …euh évidement sans le vouloir, mais c'est la santé globale des femmes qui en pâtie, et ça il faut l'écouter. Leur histoire, leur vécu… de la grossesse et de l'accouchement, mais aussi du post partum. C'est ça qui m'a guidé vers une autre réflexion, qui m'a guidé vers ce DU et qui m'a guidé vers la PMI.

Je : et de revenir maintenant en suites de couches après la PMI, est ce que vous arrivez à garder cet esprit-là, ce temps, malgré les enjeux de l'hôpital ?

D : oui, oui enfin j'essaye parce que maintenant j'ai mon expérience et que j'essaye de garder cette humanité. Même si je pense qu'avant j'essayais déjà de faire ce que je pouvais mais voilà. Nan là ce qui était, pour moi c'était de retrouver une équipe, une équipe solide sur laquelle je puisse m'appuyer, bienveillante.
Mais toujours de garder des projets qui ont du sens. Le domaine de la prévention il est magnifique, surtout à Paris mais bon c'est compliqué, c'est compliqué.

Je : ok, ok. Bon, on a balayé déjà pas mal de choses je pense sur cet entretien. J'ai juste quelques questions pour analyser mon entretien. Donc juste sur votre situation familiale, donc vous avez des enfants ?

D : oui

Je : vous vivez en couple ?
D : oui
Je : ok. Et est-ce que dans votre milieu familial à vous, dans votre éducation, la sexualité c'était un sujet qui était abordé, abordable, tabou, diabolisé, ou a contraire très ouvert ?
D *l'air étonnée et souriante :* Ah c'est drôle comme question c'est intéressant ! euuuuuuh …. Ça a été compliqué, moi je suis fille unique avec des parents divorcés huum… avec pertes et fracas…qui m'ont beaucoup impliqué euh …donc mes cheveux blanc je les ai eu à l'âge de 15ans, j'ai dû murir très vite euuuh…j'ai pas fait de crise d'ado *petit rire* euh, j'ai géré la crise de la quarantaine de mes parents et c'était, euh, assez malsain j'ai envie de dire euh la sexualité dans ma famille, et voilà. voilà et j'ai été un peu propulsée assez jeune dans des choses euh qui étaient, qui étaient pas de mon âge, voilà.

Je : ok. *Pause.* et sur votre parcours professionnel du coup votre année et école de diplôme c'était : ?
D : X (province) et 95, en 4 ans d'école

Je : ok. Et après votre parcours ?
D : j'ai débarqué à Paris après mon diplôme je connaissais aucune maternité, donc j'ai travaillé 6 mois dans 2 cliniques, puis j'ai fait un remplacement à X (type 3) et finalement 17 ans à X, surtout en suite et en salle. Et alors en plus à la fin de cette période j'ai fait le projet de rééducation du périnée. Puis j'ai passé en même temps le DU pendant que j'étais à X, c'était sur 4ans le DU… tout en même temps … bref et puis 5ans en PMI, et là le retour à X.

Je : ok ! bon bah je crois qu'on a fait le tour des questions que j'avais à vous posé

D : oui c'est bien. Alors on a pas abordé le vaginisme c'est vrai qu'on aurait pu, mais bon, on ne peut pas tout faire !
Fin de l'entretien 55 minutes

Annexe 5 : Entretien de Béa

Entretien du 26 juillet 2018 = Béa

B assise à son bureau, face à moi, les jambes séparées et les mains sur la table un peu serrées, pas très à l'aise de faire son premier entretien, ou gênée par le sujet ?

Je : C'est partie. En guise d'introduction, je vais vous poser une question et je vous demande de répondre sans réfléchir : si je vous dis « sexualité postnatale », quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit ?

B : petite pause. Quels sont les mots qui me viennent à l'esprit, euuuhhh, fffffff? Air de réflexion, souffle pendant 3 secondes en réfléchissant. « Ça peut être compliqué », euuuh, pause de réflexion, c'est difficile hein, c'est pas facile… rigole un peu, Nan bah j'ai que des mots négatifs qui me viennent hein … petite moue

Je : allez-y, sortez tout voix et geste d'encouragement

B : se rassied mieux, bien face à moi, se détend un peu : Nan je pense à : douleur euuuh…ouai, compliqué, compliqué, euh, un peu de peur aussi, respire, et puis différent aussi, d'avant. Voilà c'est les mots qui me viennent comme ça. Air à peu près satisfait.

Je : ok très bien, sourire encourageant. Du coup, est-ce que selon vous, parler de sexualité après l'accouchement ça fait partie des compétences de la sage-femme ?

B : ouai, complètement hochement de tête, réponse sans hésiter. Euuh, complètement, après je euuh, ça va peut-être un peu sortir du cadre mais j'ai l'impression qu'on est pas tant formées que ça là-dessus, sur la sexualité… fin moi je m'en rends compte, en étant en libéral et du coup bah forcement on a quand même pas mal de questions avec la rééducation du périnée. Bah c'est un peu le moment où elles reprennent les rapports, et c'est vrai que eeuh, bah **finalement je me sens pas hyper compétente euh la dessus, et pourtant je pense que ça fait complètement parti de nos compétences**, surtout que c'est nous qui les voyons à ce moment-là. Leur gynéco elles les voient peut-être une fois et encore, souvent la visite postnatale maintenant c'est avec nous, mais euh la rééducation c'est là où on en parle beaucoup, donc je pense que c'est complètement dans nos compétences.

Je : D'accord. Et vous pensez que quelle est la place prise par l'abord de la sexualité postnatale dans le parcours de la maternité ? Est-ce que vous trouvez que les sages-femmes en parlent, un peu, pas assez, assez, trop … ?

B : A la maternité ?

Je : Tout, sur tout le parcours, pré et postnatale…

B : ah, sur tout le parcours ! Peu, on en parle très peu, on en parle un peu en préparation à la naissance, et encore je pense que ça dépend un peu de comment on l'oriente, inspiration, euh et on en parle vraiment très peu … sinon en postnatale euh ouai au moment de la visite postnatale et puis sur la rééducation, mais bon paaas…. Je trouve qu'on en parle pas énormément.

Je : D'accord. Alors on va rentrer un peu plus dans le vif du sujet : vous m'avez déjà dit un peu votre ressentis sur le sujet, maintenant vous avec vos patientes, depuis que vous êtes en libéral, est ce que vous en parlez ? A quelle fréquence … ? B réfléchis une seconde, ne semble pas comprendre totalement la question. Si vous deviez utiliser un adjectif ce serait plutôt : un peu, beaucoup, jamais, toujours… ?

B : hoche la tête. Bah je dirais que j'en parle un peu, pas tant que ça. Notamment en préparation à la naissance, j'en parle sur la séance où on fait le postnatal pour la mère, parce que moi je sépare le postnatal pour la mère et l'enfant. Donc là j'en parle un peu. Inspiration, Pause, pas tant que ça… Et puis j'en reparle après surtout si je fais la visite postnatale et la première séance de rééducation où on en parle, où je pose une question dessus quoi. « est ce qu'elles ont repris les rapports, comment ça se passe » eeuhh..

Je : ok, et quand vous en parler, vous trouvez ça facile, tabou, difficile de l'aborder euh, enfin comment vous vous sentez par rapport à ça ?

B : D'aborder la question je ne trouve pas ça trop compliqué. Après euh ce qui est compliqué c'est de répondre à leurs questions plutôt, jdirais plutôt ça ! [Rires] c'est que d'aborder la question ça va, elles, bah finalement elles en parlent… la plupart assez facilement après ça dépend des femmes y en a qui sont plus réservées là-dessus qui ont un peu du mal à en parler. Et puis il y en a qui en parlent maieuuh serre un peu ses épaules j'pense, j'ai l'impression quand même, qu'elles minimisent un peu euuh, souvent les problèmes qu'elles rencontrent, elles ont tendance à dire « ça va, ça va » et puis quand on en parle un peu on voit qu'en fait ça va pas tellement. Y a quand même des trucs et euh, **et c'est pas toujours facile de répondre** ouai quand elles, quand elles ont des douleurs qui persistent, des trucs euh, je sais pas forcement toujours leur apporter des réponses. Regard mélangé entre déception et malaise

Je : et dans ces cas-là, est ce que vous passez la main à quelqu'un d'autre où est ce que vous essayez d'en discuter avec des collègues, comment vous vous en sortez ?

B : alors oui, si vraiment y a un truc où j'ai pas trop d'explications…pause et j'arrive pas trop à comprendre inspiration, soit moi je, je, j'en parle ; y a un réseau en fait des sages-femmes d'Ile de France, où on peut s'échanger des mails et tout. Donc parfois j'ai déjà posé des questions là-dessus, où sur des douleurs des choses comme ça. Et puis ouai j'ai déjà orienté vers des sages-femmes pour le coup sexologues. Bon après je sais pas si elles y sont vraiment allées, voir la sage-femme, parce qu'elles ne sont pas toujours ….geste un peu aléatoire.

Je : Les sages-femmes sexologues vers lesquelles vous orientez, ce sont des SF que vous connaissez dans votre réseau ici où… ?

B : oui c'est ça ! Il y en a aussi c'est sur le réseau, encore, des SF qui disent qu'elles sont sexologues et puis il y en a une que je connais, qui nous avait fait cours .Et, du coup, je lui ai déjà envoyée des patientes, mais après j'ai pas eu beaucoup de retour dessus…donc finalement je sais pas si elles y sont vraiment allées, si le problème c'est complètement réglé… *Geste d'ignorance et un peu de doute. Pause…*je sais même pas. *Un peu comme un aveu*

Je : D'accord. J'aimerai parler un peu de l'abord de la sexualité avec vos patientes. Quand vous abordez la sexualité pendant la grossesse, est ce que vous trouvez que les femmes posent plus de questions, sont plus intéressées par la sexualité pendant la grossesse où la sexualité du post partum?

B : *avec aplomb, se remet bien face à moi, plus à l'aise* : oui moi j'trouve c'est plus abordé la sexualité post partum que de la grossesse…euh franchement même moi j'en parle quasiment pas de la sexualité pendant la grossesse ton plus appuyé. Et on me pose très très peu de questions dessus, à part « est-ce que c'est dangereux ? » euh, « est ce que ça risque de faire naitre le bébé ? », où des choses comme ça… « Est-ce qu'on a le droit ? »… Ouai, plus sur le post partum, pendant la grossesse c'est surtout sécurité quoi répète : « est ce qu'on a le droit, est ce que ça va pas faire naitre le bébé ? » voilà. Nan mais y a peu de questions et j'avoue que j'en parle pas tant que ça.

Pause
Je : ok très bien. Du coup, on va continuer dans le vif du sujet : vous faites à la fois de la PNP, du PRADO, des consultations pré et postnatale…
B : oui

Je : donc dans toutes votre pratique est ce que vous pouvez me dire un peu comment vous en parler, comment vous aborder la sexualité du post partum…à quelle fréquence, avec qui, dans quel contexte selon les activités que vous faites, bref tout ce que vous voulez, ce que vous dites et faites !

B : bah je l'aborde en préparation à la naissance donc euh avant, surtout sur la reprise de la sexualité, en leur disant qu'il y a pas de contre-indication à la reprise de la sexualité, elles reprennent quand elles veulent où quand elles le sentent et que les premiers rapports après un accouchement, c'est pas forcement comme avant d'une voix plus lente et appuyée, faut le temps que ça revienne, il peut y avoir des douleurs, faut pas hésiter à en parler…à la SF qui les voit. En gros je fais un petit topos la dessus quoi …*Silence* pas très très long hein…

Je : et elles sont curieuse à la PNP ? Vous avez l'impression que ça leur fait du bien de l'entendre déjà en prénatale ?

B : ouai alors ça dépend les quelles, y en a, en fait qui ont un peu du mal quand on est en prénatal à se projetée sur la suite. Pour elles c'est l'accouchement et après on verra ! Inspiration, et puis il y en a ouai quiii pose beaucoup de question dessus, qui me disent « mais moi j'ai entendu que…on retrouvait jamais la sexualité d'avant », euh, ouai qui sont très…qui ont beaucoup de questions la dessus quoi. Mais c'est pas la majorité, je dirais que la majorité elles posent pas beaucoup de questions. Elles passent, « ah oui d'accord. » enfin elles prennent l'info mais, mais voilà pas plus. *Pause*. En gros c'est à peu près tout ce que je fais en prénatal.

Je : ok d'accord.

B : Et en post natal, alors soit à la visite post natale, soit à la rééduc mais c'est, finalement je le fais à peu près de la même manière. Euh ah je commence par une question de savoir si elles ont repris les rapports. Et puis après euh …de voir si elles ont des douleurs, et puis au niveau de la sensibilité euh si elles ressentent les choses comme avant, si c'est différent d'avant… et puis là j'ai un peu toutes les réponses, et du coup en fonction de leurs réponses… on peut, je discute un peu par rapport à ça. Si elles me disent j'ai pas de douleurs et je ressens comme avant, ah globalement ça s'arrête là !

Rires
Et puis si elles disent qu'elles ont mal, bah après quand je les examine, on voit où c'est, la zone euh qui est douloureuse…et puis on essaye de régler le problème…par massage du périnée euh … ce genre de choses… et puis si la sensibilité elle est un peu diminuée bah pareil on en discute, on voit si avec la rééducation ça s'améliore… *pause*
Silence

Je : et la rééducation vous faites en manuel, avec la sonde où les deux ?

B : je peux faire les deux, mais je fais majoritairement du manuel. Et je fais un peu de sonde euh si vraiment je galère un peu… que les muscles répondent pas du tout…que ça s'améliore pas… je lui mets un peu de sonde**...** ***l'air pas vraiment convaincue.*** Mais franchement c'est pas la majorité du temps. Je l'utilise peut-être dans … pause de réflexion, 5% des cas on va dire.

Je : d'accord. Donc si je récapitule, ce sont les deux grands moments où vous en parlez. Dans le PRADO, elles n'ont pas trop de questions sur la sexualité ?

B : Dans le PRADO j'en parle jamais. J'en parle jamais ! Nan ouai, elles n'ont pas trop de questions la dessus…nan c'est vrai que j'en parle jamais à ce moment-là. C'est vrai qu'elles ne sont pas tout de suite dans…c'est vraiment juste après la naissance quoi, elles ne sont pas trop là-dedans et elles ont surtout beaucoup de questions sur le bébé. Sur leur corps à elles finalement elles ont très peu de questions. A partir du moment où elles savent que c'est normal ce qui se passe euh, voilà. Et la sexualité elles n'en parlent jamais.

Je : d'accord. Et je voulais vous demander si vous avez revu des patientes que vous aviez eues en PNP que vous revoyez en post natal ?

B : oui, oui !

Je : et dans ce cas-là, est-ce que sur ce que vous aviez dit sur la sexualité vous avez eu des retours, des questions…où elles vous parlent jamais de ce qui leur avait été dit ?

B : nan ! Nan… elles m'en ont pas reparlé. Nan elles partent de l'accouchement, elles ne reparlent pas d'avant. J'ai jamais eu nan….
Silence…petite moue dubitative… puis rires

Je : très bien, c'est comme ça ! Vous m'avez dit tout à l'heure qu'il n'y avait pas de temps pour reprendre, que c'est quand elles veulent...est ce que vous avez d'autres messages clés, d'autres astuces, des choses que vous dites à toutes, un peu les informations que vous considérées importantes ?
Vous l'abordez systématiquement ? où c'est selon les patientes ?

B : mmmmh…. Bah en PNP j'en parle tout le temps. Peu importe si c'est collectif, individuel. Peu importe qui est en face de moi j'en parle systématiquement. Après les grands messages c'est ça c'est …euh, reprendre quand on, quand on, quand on le sent quoi ! que y a pas de contre-indication, y en a qui reprennent rapidement, d'autres pas du tout. Inspiration. Que la sexualité elle est souvent différente après un accouchement et surtout les débuts, quand on reprend les rapports que bah, les sensations ne sont pas forcément les mêmes euh qu'il peut aussi y avoir des sécheresses au niveau vaginal, à cause des hormones etc… donc ne pas hésiter à utiliser des lubrifiants…donc ca souvent je le dis… euh..quoi d'autre comme message … euuh…*pauses de 4 secondes, puis rires et haussement d'épaules*

Je : nan mais c'est déjà ça hein j'attends pas quelque chose en particulier !
B : je vois pas ce que je dis de plus la maintenant….nan en gros c'est ça les messages que je dis.

Je : Et quand vous l'abordez, c'est des mères seules, c'est des séances avec les papas, vous en parlez au couple où plus à la femme ?

B : Nan bah les papas sont invités à chaque séance. Après c'est vrai que souvent j'en parle sur la séance sur les suites de couches côté maman et la plupart du temps ils ne viennent pas, ils viennent surtout pour celle côté bébé, ça ca les intéresse, sur la maman moins… !
Rires mais c'est vrai quoi !
Mais si il y en a qui sont là ouai j'en parle devant eux sans problème.

Je : ok, et là ça ça les intéresses ! *sur le ton de la blague, rires*
B : mais c'est vrai qu'ils ne sont pas souvent là.

Je : et maintenant parlons de quand vous l'abordez dans vos questionnaires en post natal, à la rééducation périnéale. Est-ce que c'est une question dans un ensemble, par exemple à la cicatrisation, à la contraception, aux fuites urinaires… où est ce que c'est une question à part entière, un thème particulier ? Comment vous vous organisez ?

B : Sur les suites ? En post natal ? Parce que pour le coup en prénatal, je parle de contraception et après je parle de sexualité. Pour le coup c'est vrai. Pour ne pas en parler comme ça de but en blanc…euh je parle surtout de contraception et après de sexualité. Par contre sur la suite c'est une question à part, que je demande à toutes. J'ai des questions un peu sur tout et j'ai un moment « Est ce que vous avez repris les rapports ». Nan c'est vrai

que ça a plus sa place à part entière en post natal ouai c'est tout seul…euh…C'est pas dans un item de…euh … contraception ou d'autre chose nan.
Pause
Et ça pour le coup j'en parle plutôt avant de parler de contraception. Voila.
Pause et Rire encore, plus à l'aise mais encore un peu hésitante sur ses réponses, comme si elle avait peur de mal répondre.

Je : c'est bien, vous observez donc une différence entre le prénatal où ça leur parle pas forcement, alors que dans le post natal ça peut être une question clé

B : elles sont plus dedans quoi…bah c'est vrai que pendant la grossesse bon…la sexualité d'après ça leur parait loin quoi, déjà le retour à la maison ça leur parait déjà un peu loin, donc carrément la reprise de la sexualité…

Je : très bien. Et dans votre pratique est ce que vous trouvez qu'il y a des situations où l'abord est plus facile ou au contraire des patientes où l'abord est très difficile, ou bien des freins ? Est-ce qu'il y a des choses qui vous ont bloquées lorsque vous parlez de sexualité ?

B : des choses qui me bloquent par rapport aux patientes où par rapport à moi, mes connaissances ?

Je : les deux

B : *silence 2 secondes puis long mmmmmmh de réflexion*
Nan, par rapport aux patientes je l'aborde tout le temps, après c'est vrai qu'il y en a euh, je vois très bien que les questions intimes c'est un peu particulier, enfin elles ont un peu du mal…surtout, alors, pour le coup, la PNP c'est genre la 5ème ou 6ème séances donc en fait je les ai déjà vues donc ça va. La rééducation euh j'en parle au questionnaire, parfois c'est la première fois que je la vois…donc y en a qui sont pas du tout à l'aise pour me répondre euh elles font « oui…euh non non …enfin … » à voix basse, imitent une patiente intimidée enfin je le vois qu'elles ont pas du tout envie de l'aborder. Après parfois du coup je laisse un peu tomber et quand on continu la rééducation, comme on a un certain nombre de séances, à ce moment-là on peut en reparler quand on se connait un peu mieux. Mais celles que je vois pour la première fois c'est vrai que c'est pas le plus évident…je leur pose quand même la question. Mais y en a qui sont hyper à l'aise et ça les dérangent pas du tout. Puis il y en a je vois…bon … déjà parler du périnée, de fuites urinaires tout ça elles aiment pas trop…euh, sexualité encore moins.

Je : et celles là avec les séances de rééducation vous arrivez à entre ouvrir une porte un peu de dialogue, à ce qu'elles parlent où vous écoute au fur et à mesure ?

B : ouai, c'est plus facile, parce que bah finalement on parle de pleins de choses**. Pendant la rééducation on peut parler, on discute, donc euuh, petit à petit on se connait un peu mieux, on s'apprivoise**, on se voit 2 fois par semaine, on a tendance à plus parler de choses ouvertement, et là y en a, parfois, qui arrivent un peu à se libérer…pas toutes. **Y en a qui disent rien quand même, malgré mes ouvertures. Je pense qu'aussi c'est une question d'éducation hein, les gens pour qui s'est hyper tabou de parler de sexualité et qui ont plus de mal à en parler, même avec un professionnel**

Je : vous avez l'impression que globalement c'est encore assez *finit ma phrase immédiatement*

B : **tabou** ! ah oui quand même ! ouai la sexualité du post partum je pense que c'est tabou, et même entre femmes, je pense qu'elles se disent pas tout quoi. Et y en a une qui me faisait la remarque justement en me disant « **tout le monde me dit oui oui tout va bien et puis quand j'essaye un peu de creuser euh, on me dit ouai bon en fait c'est pas comme avant, ou j'ai un peu mal, ou c'est moins bien…** »
C'est vrai qu'on n'en parle pas comme ça spontanément. **Mais pas que sur la sexualité, sur pleins de choses du post partum …je trouve que…ça reste tabou. Mais sexualité en principale. Dans la société « on est sensé**

avoir une vie sexuelle normale et que tout aillent bien dans le couple…tout ça avec un bébé… » on est pas censé avoir de problème de sexualité et on en parle pas tellement. *Pause*
Après ça c'est les difficultés par rapports aux patientes, et par rapport à moi euh …ouai…le problème de connaissance…alors pour aborder la question ça va ! mais après quand il ya des situations un peu compliquées… ou même pas très compliquées parfois, quand des douleurs persistent au niveau de la cicatrice par exemple…

Je : et vous trouvez facilement des réponses sur le réseau Ile de France ? Les professionnels vous répondent facilement ?

B : *3 secondes de pause*, mmmmmh ouai…. Pause on me répond facilement, mais après euh j'ai pas l'impression que les gens aient toujours beaucoup de réponses… enfin, on me répond ; en me posant d'autres questions, en me disant « c'est peut être ça…tu as essayé ça.. ? » mais ça donne l'impression que personne n'est trop spécialisé dans le truc et que du coup personne ne sait vraiment me dire « ah bah tu… » un truc concret quoi, à faire… A part les sexologues d'envoyer chez eux et tout. Mais ça c'est pas toujours hyper simple, parce que dans la tête des gens quand on dit allez voir une sexo…alors je dis une SF spécialisée dans la sexologie, je dis pas sexologue parce que sinon ça bloque un peu. Mais j'ai l'impression que c'est vraiment « bah non si je vais là c'est que j'ai un gros problème, comment je vais le dire à mon mari…donc nan moi quand même je vais pas y aller… » ouai je sens que ça bloque un peu. Et puis voilà parfois peut être aussi qu'elles veulent pas, peuvent pas, en parler à leur conjoint…quand on en parle on est que entre nous et je sais pas si, sortie de là, elles vont faire la démarche quoi.

Je : Lorsque vous renvoyez vers d'autres professionnels, vous m'avez parlé des sexologues, est ce que vous envoyez aussi vers des gynécologues, des psychologues ou d'autres praticiens ?

B : ouai, j'envoie rarement chez le psy, parce que j'ai l'impression que ça les bloque aussi…

Je : même si vous avez l'impression que physiquement il n'y a plus de problème mais que ça ne va toujours pas ?

B : oui, même, j'envoie plutôt toujours chez la SF sexologue parce que euhh…bah je pense qu'elles ont aussi l'approche un peu psy pas que les troubles, bah la cicatrice est douloureuse mais de ce dire qu'il y a un problème psychologique. Y en avait une qui m'avait répondue ça justement, j'avais eu le cas sur une patiente qui avait eu une **césarienne, et qui avait hyper mal pendant les rapports**..et moi j'avais un peu du mal à comprendre sur un ton différent, étonnée voire un peu sceptique. Impossible de l'examiner, pour faire la rééducation c'était hyper compliqué, alors qu'avant la grossesse pas du tout. Pourtant elle avait pas d'enfant qui était passée par voie basse, le périnée était tonique, y avait aucun problème...Mais pour le coup là j'ai vraiment eu du mal. Et en demandant justement sur le réseau, il y avait cette SF qui m'avait dit le lui envoyer, que parfois juste le fait de discuter sur plusieurs séances ça arrive à régler des choses.
Donc c'est vrai que j'envoie plus facilement vers une sexologue que vers une psychologue ou….et je pense que c'est mieux reçu par les patientes aussi, psychologue elles vont se dire « bah quoi j'ai un problème elle me prend pas au sérieux » et y en a qui ont vraiment du mal à le prendre bien. Elles sont presque vexées qu'on veuille les envoyer chez le psy ! Et les gynécos euh…non. *Pause*,
J'ai pas l'impression qu'ils soient si euhh…*rire*, à moins qu'il y ai un problème, quelque chose de médicale, mais ça m'est jamais arrivé, mais sinon…je les enverrai peut être chez une gynéco si je vois une cicatrice vraiment euh, un problème de cicatrisation ou des questions médicales, ouai c'est ça. Mais sinon un problème de sexualité j'ai pas vraiment l'impression qu'ils soient plus formé la dessus, ce qui est peut-être pas vrai hein ! Mais je pense pas qu'ils soient plus formés là-dessus que les sages-femmes.
Silence de 3 secondes…Et en même temps toutes les deux :

Je et B : Qui ne le sont pas. *Rires*

B : nan mais je sais pas si je… ça dépend peut être des écoles hein mais nous on a eu heuu 1 module sur la sexualité on a eu peut être 5 ou 6 cours…déjà c'est pas beaucoup. Et puis je trouve que c'était pas très très concret finalement. Enfin c'est peut être hors sujet ce que je dis.

Je : nan nan pas du tout ! c'est la deuxième partie de mon entretien, on va en parler on y vient !
B : ah d'accord, je laisse venir les questions alors !

Je : pas de soucis, j'aimerai juste finir ce dont on parlait avec une dernière question : vous m'avez parlé de la césarienne. Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des patientes qui vous rapportent des difficultés ou vous observez des douleurs différentes entre les voies d'accouchement ? comme vous l'avez décrit pour la césarienne.

B : oui c'est quand même plus fréquent sur les voies basses

Je : et sur les différents types de voie basse ? Instruments, épisio … ?

B : souvent sur une déchirure. Mais alors pas forcément sur une grosse déchirure…enfin je passe les déchirures types 3 et 4 parce que là c'est plus compliqué. Mais pas forcément sur une épisio ou … une patiente peut avoir 1 ou 2 points, on se dit cliniquement comme ça c'est rien. Et pourtant pour elle ce point reste super douloureux et hyper difficile à faire passer, les rapports sont impossibles…
Donc ouai, c'est quand même plus les voies basses, césariennes c'est quand même plus rare, mais pour autant, c'est pas toujours lié au type de voie basse. Instrument ou pas nan j'ai pas remarqué. Un peu plus quand y a eu quelque chose au périnée que le périnée intacte quand même… Au niveau des douleurs tout ça hein ! Après au niveau des sensibilités, pertes de sensations, pareil c'est toujours la voie basse, mais là je ne vois pas de différence entre toutes. Peu importe.

Je : maintenant qu'on a discuté de tout ça, est ce que vous trouvé qu'il y a des choses qui permettrait de l'aborder plus facilement, ou qui pourrait améliorer un peu votre abord de la sexualité, des choses qui pourraient vous aider ?

B : *3 seconde de silence, réfléchit pas très convaincue :* des choses qui pourraient m'aidées ? euh bah … une formation. *Rire*. Nan une formation ! Formation initiale c'est trop tard mais une formation complémentaire en plus euh, après j'ai pas forcément envie d'être sexologue….mais euh

Je : depuis que vous êtes là vous avez éprouvé le besoin en consultation d'être plus formée ?

B : ouai. Ouai carrément, d'avoir besoin de ressources. De me dire, bon après ça je peux le faire moi-même mais, de me dire il faut que je lise des choses dessus…ce que vous avez fait j'imagine pour le mémoire ! Il faudrait une formation, mais je me suis pas trop renseignée sur les formations là-dessus.

Je : et vous avez essayé des fois de chercher des choses sur internet, sur des sites ?

B : un peu, un peu ! Mais euh, c'est compliqué, jtrouve qu'on trouve beaucoup beaucoup de choses, un peu dans tous les sens, c'est pas forcement simple d'avoir une réponse, et surtout pas une réponse concrète. Bah voilà, là j'ai cette patiente-là devant moi, qu'est-ce que je peux lui proposer ? C'est un peu des grands principes euuuh, bon c'est jolie mais euh, moi je peux rien en faire, sur le coup je sais pas quoi en faire. Donc c'est pour ça je pense qu'une formation en présentielle, je pense que c'est.., ça peut être intéressant parce que j'imagine que c'est plus axé sur la clinique euh de vraiment notre pratique au quotidien. Mais j'ai jamais cherché vraiment pour l'instant.

Je : laisse un temps de pause. ok. Bon du coup maintenant on est en pleins dans les formations et la littérature, du coup on va reparler de votre formation initiale, vous aviez eu un module c'est ça ?

B : ouai, oui

Je : en quelle année vous vous souvenez ?

B : euh les dernières, la 4 ou 5 ouai, je sais plus la quelle.

Je : ok et du coup c'était des cours de sexologie générale c'était quoi ?

B : c'était par une sage-femme sexologue… pause Bon je dis 5, 6 cours, je m'en rappelle plus très bien. Mais on en avait pas eu beaucoup ça je suis sure. Et…pfff…j'ai l'impression qu'il y avait beaucoup de…euuuh.. pas trop comment on…un peu sur les grands principes de la sexualité, les différents modes de sexualité, les différents modes d'excitation selon les femmes euuuh…c'était intéressant hein … ! Mais eeeuh….

Je : et rien sur la sexualité de la grossesse, du post partum ?

B : Si, peut être un cours…un cours pour tout sur ceux qu'on a eu sur « sexualité grossesse et post partum »…dont je n'ai aucun souvenirs ! *rire*

Je : en tout cas ça ne vous a pas marqué

B : J'ai pas l'impression d'avoir eu des outils concrets.

Je : et ce n'est pas la dedans que vous êtes allée rechercher des infos quand vous avez eu des questions avec vos patientes,en vous disant « tiens j'avais eu un cours, y a peut être quelque chose la dedans pour m'aider » ?

B : Nan. Pourtant je les ai sur mon ordinateur pose la main sur son PC fermé devant elle. Mais jamais je me suis dis que j'y trouverai quelque chose qui m'aiderait…. Je suis pas allée chercher dessus.

Je : et même dans les cours sur la visite postnatale, ou si vous en avez eu sur la rééducation du périnée ? y a pas d'autres cours dans lesquelles des clés pourraient être glissées ?

B : Nan… alors après on l'a fait la visite post natale….euh, qu'est ce qu'on m'a dit dessus … pfff *silence 3 secondes* nan même pas, rien sur la sexualité. La rééducation à peine, on m'a surtout parlé les différents muscles, anatomie, quels sont les troubles, ce genre de choses quoi, j'ai pas l'impression qu'on nous disait comment prendre en charge, comment répondre aux questions… **la sexualité c'était tout jour un peu comme ça…en passant quoi, effleurée.**

Rires.
Je : okok. Et du coup quand vous êtes allée un peu chercher sur internet, dans la littérature, où est ce que vous êtes allée chercher ? Dans des articles, des recommandations…enfin quelles sources vous avez trouvé ?

B : *silence, souffle*, les recos euuuh…j'en ai pas trouvé, ou rien d'intéressant, même sur la rééducation du périnée…nan j'ai rien trouvé la dedans. Après sur des articles euuuh, genre des revues trouvées sur PUBMED ou autres…

Je : et ça n'a pas répondu à vos questions ?

B : nan. Nan après y avait des choses sur le ressentie, la sexualité après, où j'ai appris un peu…

Je : Et c'était plutôt des articles écrits par des médecins, des gynécologues, des patientes, des sages-femmes ?

B : euh je sais pas ! rire gênée, comme prise sur le fait, j'avoue j'ai même pas regardé !

Je : je vous pose pas la question pour vous piéger hein ! *rire*, Nan c'est parce que suite à mes recherches j'ai été très étonnée par les dernières recommandations sur le Post partum données par le CNGOF avec des sages-femmes dans les groupes de travails…et où sur l'ensemble des sujets traités en long et en large sur tout le post partum ….la sexualité n'apparait pas. Le mot sexualité n'appart jamais.

B : ah. Ouai, j'avais pas remarqué à ce point-là. Je me rappelle que j'avais rien trouvé dedans…c'est pour ça !

Je : voilà, donc dans les différentes recommandations ou textes sur la visite post natale ou la rééducation on retrouve l'idée que la sage-femme/où le gynéco, doit aborder le sujet, mais c'est tout…quoi, où, quand, comment…c'est à notre appréciation.
Donc ma question à la base, même si je vous ai dit tout ça maintenant c'est, dans tous ce que vous avez lu, est ce que vous trouvez que ce qui est dit sur la sexualité où la rééducation du périnée est en rapport avec votre pratique, correspond à ce que vous faites ou vous aide dans votre pratique ?

B : Nan. Alors pour le coup dans les recommandations oui j'avais rien trouvé qui m'aidait particulièrement et j'avais été un peu déçue parce que je pensais trouver. Par contre dans d'autres articles un peu, avec des témoignages de femmes…mais bon c'est pas ça qui … *petite exclamation et geste de la main en l'ai*r. C'est plutôt l'expérience des autres sages-femmes.

Je : l'expérience des autres sages-femmes ?

B : ouai, leur expérience m'a aidée plus que des articles…parce que y en a …mais, pas très en rapport avec notre pratique.

Je : et du coup vous m'avez parlez d'expérience, la façon dont vous abordez la sexualité, votre discours, vous l'avez basé sur quoi, comment vous l'avez construit ?

B : bah, c'est plutôt par les stages, notamment les stages en libérale. J'en ai fait, quand même, plusieurs. Et donc là, je trouve que c'est là que c'est le plus abordé finalement. A l'hôpital euh…nan on parle contraception à la limite mais pas sexualité. Du coup je recopie un peu ce que j'ai vu ! et puis ouai maintenant, au fur et à mesure de voir des patientes, qui du coup rencontre des problèmes, et que je me renseigne, et je demande et du coup j'essaye d'aborder un peu plus tout ça, en fonction de ce qu'elles me disent…ce genre de choses.

Je : mmmh, je vois, d'accords. Justement on en vient au 3ème versant de cet entretien, qu'on a déjà commencé à aborder, c'est de parler un peu de votre expérience personnelle. Du coup est ce que vous avez déjà vécu un parcours de maternité ? est ce que vous avez des enfants ?

B : ah moi ?! non, non, non.

Je : d'accord. Et dans votre entourage proche, famille ou ami, est ce que vous avez des personnes qui vous ont raconté leur parcours de maternité, qui vous on parler de ce qu'on leur avait dit de la sexualité post natal, ou qui vous ont posée des questions ?

B : non, non…pour l'instant mes amies sont encore comme moi assez jeune et personne n'a eu d'enfant pour l'instant… comme ça rien ne me vient.

Je : ni dans votre promotion de sage- femmes ou d'autres qui vous aurait rapporté des histoires ou demandé des choses ?

B : nan pas trop, c'est pas un sujet qui est abordé…en tout cas pas avec moi si ça l'est ! *rire*

Je : et dans vos patientes, depuis que vous êtes installée, est ce que certain parcours de patientes, sur la sexualité post natale vous ont particulièrement marqués, dont vous avez appris des choses, qui ont changé votre discours ou votre pratique ?

B : réfléchis, silence, semble peu inspirée.

Je : où d'autres SF pendant vos études que vous avez vu travailler, dire des choses et vous vous êtes dit « ca ca me parle, ça j'ai envie de le dire ou non, de le faire en libérale… » ?

On entend la sonnette, la patiente est arrivée, il reste 15 minutes avant son RDV

B : mmmmh semble n'avoir aucune idée, pause de 3 secondes encore, euuuh…C'est pas facile….des sages-femmes euuuh…*silence de 2 secondes*. Ouai bah peut être dans leur façon de l'aborder en PNP, ça je pense que je me suis pas mal inspirée de ça. Surtout celle de mon dernier stage en libérale je trouve qu'elle en parlait bien. Après des patientes qui m'ont marquée euh …oui ! bah celle avec la césarienne ! justement parce que ça montrait un peu l'aspect euh on va dire psychologique quoi. Et c'est vrai que bah après une césarienne, dans ma tête c'était un peu « de ce côté-là ça va puisqu'il y a rien eu…en gros il s'est pas passé grand-chose. » et en fait non pas du tout. Elle avait plus de problème que quelqu'un qui avait accouché voie basse….*pause*
Mais après…nan. Nan franchement je vois pas, je peux pas répondre plus que ça !

Je : mais c'est une réponse !

B : après comme j'ai pas non plus énormément d'expérience…nan je sais pas.

Je : ce qui est intéressant c'est l'abord de chacune quelle que soit son expérience ! Déjà vous l'abordez, comme vous le pouvez, vous le faite en prénatal et postnatal, avec les outils que vous avez c'est déjà super !

B : oui certes. Nan mais je pense que c'est complètement insuffisant ce que je fais. Je pense qu'il faudrait faire plus ! Mais bon, faut se former et quand on commence en libéral il faut se former sur pleins de trucs et c'est vrai que bon euh, c'est pas forcément le premier truc auquel on pense, le plus essentiel. Après on peut pas toute être sexologue mais si y avait des petites formations autres que celle sur la rééducation pour apprendre à aborder la sexualité avec nos patientes et donner des réponses concrètes avec des cas clinique je pense que ça aiderait beaucoup hein !

Je : oui c'est sûr qu'il y a une marge entre se former pour sa pratique quotidienne et devenir sexologue hein ! C'est le premier versant qui m'intéresse dans le cadre de mon mémoire évidemment.
Ok. Bon pour finir pour mon analyse je vais vous poser quelques questions : votre parcours professionnel ?

B : diplômée de X (IDF) en 2017, et ensuite directement un remplacement en libéral ici euuh…donc je suis ici depuis euh, juillet après mon diplôme. Et le remplacement se finit, la sage-femme part donc je vais reprendre son cabinet ici, je reste là !

Je : ok. Et du coup vous avez demandé à refaire des stages en libéral avant votre diplôme parce que c'était un projet de le faire juste après le diplôme ?

B : oui, j'ai voulu en refaire, surtout pour refaire de la gynéco et de la rééducation mais c'était pas un projet ! j'étais pas spécialement partie pour faire directement du libéral mais j'aimai beaucoup ça surtout la dernière année, je savais que je ferai pas beaucoup d'hospitalier, mais finalement j'ai eu l'opportunité de se remplacement et….euuh, je me suis lancée ! Donc oui finalement c'est un choix parce que j'avais aussi été prise dans une maternité !

Je : et vous pensiez déjà en commençant le libéral que vous alliez être amenée à parler de sexualité et que vous devriez surement vous reformer ou vous l'avez un peu découvert sur le tas ?

B : Nan, je l'avais pas du tout imaginé ! Autant la rééducation ça me posait beaucoup de question j'avais l'impression de pas trop savoir faire des séances et tout et que j'aurai besoin de me former…la sexualité je me suis un peu retrouver face à la question euh, bah quand j'ai posé la question ….et que les patientes ont répondus !
Et ma première consulte le premier jour c'était une patiente qui venait pour une consulte gynéco, pas de postpartum mais qui venait pour des dyspareunies. Et quand elle m'a dit ça bahh…je savais pas quoi faire ! Je me suis dit « mince » ! ma première consulte !
Donc j'avais pas mal discuté, chercher dans mes souvenirs, je l'ai examinée, j'ai essayé beaucoup de réassurance et puis à la 2ème ou 3ème consulte je l'ai orientée vers une sage-femme sexologue !

Je : ok ! Belle expérience ! et sinon un peu sur vous, vous êtes en couple ?
B : Non. Célibataire et sans enfant !

Je : d'accord, et dans votre milieu familiale dans votre enfance, adolescence, est ce que parler de sexualité c'était possible, facile, ou tabou ?

B : C'était pas tabou ….*blanc* …. Après euh… on en parle pas non plus quoi… mais je pense pas que c'était tabou…

Je : ça ne vous a pas bloqué dans votre profession d'en parler parce qu'on en parlait pas du tout chez vous ?

B : Non. Non ça ne me gêne pas de demander, après je n'ai pas forcement les clés pour répondre.

Je : d'accord, merci beaucoup pour votre témoignage, s'il y a des choses qui vous auriez aimé aborder ou des questions n'hésitez pas.

B : merci !

38minutes.

Fin de l'entretien, Béa me demande si je peux lui donner quelques documents de ma biblio qui pourrait l'aider sur le sujet.