



ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022-2023

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme

MÉMOIRE : Impact de l'accouchement sur la sexualité des couples lesbiens dans la période du post-partum

Présenté et soutenu par Adèle SANSEVERINO

Née à Mulhouse le 06/09/1999

Directrice de mémoire : Caroline BATZENHOFFER, sage-femme sexologue
Co-directrices de mémoire : Virginie HAMANN puis Fanny ROYER, sages-femmes enseignantes

Remerciements

Avant de commencer, il me tient à cœur de remercier tous ceux qui m'ont permis de réaliser ce mémoire mais aussi ceux qui m'ont permis d'arriver jusqu'à cette précieuse étape de ma vie.

Merci à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire, les relecteurs et les autres.

Merci à ma directrice de mémoire Caroline, qui a su me partager ses connaissances et son expérience, dans un environnement sain et bienveillant. Tu es une sage-femme que j'admire.

Merci à Virginie Hamann, qui a cru en mon sujet et a rendu la réalisation de ce projet possible. Merci à Fanny Royer, actuelle co-directrice de ce mémoire, qui a su reprendre le bateau en cours de chemin et m'a justement guidée et conseillée.

Merci à Emmanuelle Wiss, co-directrice de l'antenne Grand-Est de l'APGL, qui m'a permis d'avoir un regard extérieur et juste sur le sujet, en plus de me permettre la faisabilité de ce mémoire.

Merci à toutes ces femmes qui ont pu consacrer leur temps précieux dans une étape bouleversante de leur vie qu'est le post-partum et la parentalité, afin de répondre à mes questions.

Merci à mes parents qui ont toujours cru en moi et qui m'ont toujours soutenue dans toutes les étapes de ma vie jusqu'ici. Merci d'avoir tout mis en œuvre pour me permettre de réussir. Merci à mes trois frères, d'être les piliers que vous êtes et que vous serez toujours pour moi.

Merci à mes amies avec lesquelles je grandis depuis des années. Celles qui répondent toujours présentes et sont d'un soutien sans faille. Merci pour les discussions, les conseils et les remises en question.

Merci à mes amies-futures consœurs, le chemin n'a pas toujours été facile mais le voyage a été tellement plus doux à vos côtés. Je vous souhaite de vous épanouir et je n'ai aucun doute sur le fait que vous serez des sages-femmes d'exception.

SOMMAIRE

<i>Remerciements</i>	2
I. Introduction.....	5
1) Sexualité et post-partum	6
2) Facteurs de dysfonction sexuelle	7
3) Place du co-parent	10
II. Matériel et Méthodes.....	13
1) Type d'étude	13
2) Recrutement de la population	13
3) Critères de recrutement.....	14
4) Modalités de l'entretien	14
5) Règlements et confidentialité	15
6) Grille d'entretien.....	16
7) Analyse des données	18
III. Résultats	19
1) Communication sexuelle dans le couple.....	19
2) Reprise des rapports	20
3) Modification de la sexualité	20
4) Désir.....	21
5) Lubrification	22
6) Orgasme	23
7) Satisfaction sexuelle.....	24
8) Facteurs de modification de la sexualité	24
9) Douleur	25
10) Allaitement	26
11) Image du corps et place de la mère	27
12) Expérience du co-parent.....	28
13) Place des professionnels de santé.....	29
IV. Discussion	32
1) Évaluation de la reprise des rapports sexuels des couples lesbiens dans le post-partum	32
2) Les dysfonctions sexuelles et facteurs associés chez les couples interrogés.....	33
3) Les facteurs de dysfonctions sexuelles non-évalués	35
A) La dépression du post-partum	36
B) Les violences conjugales	36
C) Les violences gynécologiques et obstétricales	38
4) La place du professionnel de santé dans la prise en charge	39

A) Place de la sage-femme	40
B) Rééducation périnéale	42
C) Accompagner les couples autour de leur sexualité	43
5) Limites méthodologiques.....	46
6) Perspective d'étude complémentaire	47
V. Conclusion.....	49
VI. Bibliographie	51
VII. Annexes	54
1) Calcul FSFI (Female Sexual Index Function)	54
2) Lettre d'accréditation au Comité d'Ethique Régional (CER)	59

I. Introduction

La santé sexuelle est un élément à part entière dans la qualité de vie des femmes. Elle est définie par l'OMS comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence » (1). Reconnaître la santé sexuelle en tant que réel indicateur de santé met en lumière l'importance de la prise en charge de la sexualité par les professionnels de santé.

Pour aborder la sexualité dans l'univers médical, il est préférable de parler de fonction et dysfonction sexuelle ainsi que de réponse sexuelle. Les termes fonction sexuelle et réponse sexuelle apparaissent dans les années soixante. La fonction sexuelle se définit par le fonctionnement somatique des organes génitaux dans leur dimension bio-physiologique et dans le cadre de l'accomplissement du cycle de la réponse sexuelle, elle s'éloigne de l'aspect psychologique et comportemental (1). Le cycle de la réponse sexuelle féminine est décrit en quatre phases successives : excitation, plateau, orgasme et la résolution. Ce concept a été étudié la première fois par William Masters et Virginia Johnson (1966) ; puis en 1974 Helen Kaplan a ajouté une 5^{ème} phase : le désir (2).

Définir un trouble sexuel n'est pas simple. En termes de sexualité, la normalité est impossible à catégoriser entre norme statistique, médicale, médiatique, sociétale, culturelle. Il a été retenu comme définition d'un symptôme sexuel la notion de « souffrance personnelle » et de « perte ou de limitation de la liberté » persistant depuis au moins six mois. Les troubles de la fonction sexuelle (ou dysfonctions sexuelles) sont définis dans Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSMV) ainsi que dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) par l'OMS (3,4). Chez la femme, les principales dysfonctions sexuelles sont : les troubles de l'intérêt et de l'excitation sexuelle, les troubles de l'orgasme, les troubles sexuels avec douleur (dyspareunies), les dysfonctions sexuelles induites par un médicament ou une substance et les troubles du contrôle des impulsions sexuelles (addictions) (2).

1) Sexualité et post-partum

La sexualité a de multiples dimensions qui sont biologiques, psychologiques, socio-économiques et spirituelles (5). C'est un moment d'intimité et de plaisir partagé au sein du couple qui a un impact tant sur le plan physique que sur le plan émotionnel (6). La fonction sexuelle peut être affectée à différents moments dans la vie d'une femme comme lors des changements hormonaux, lors des menstruations, lors de l'apparition de la ménopause, lors de la survenue d'une grossesse, lors de l'accouchement et lors de l'allaitement. Dans la période périnatale, l'accouchement et l'allaitement influencent véritablement la sexualité dans le post-partum (5). Les études montrent que 91,3% des femmes ont souffert de difficultés sexuelles pendant le post-partum (7).

La période du post-partum (traduction littérale du latin : après l'accouchement) correspond à une période qui s'étend de l'accouchement au rétablissement des cycles menstruels ou au retour de couche chez la femme (8). La période du post-partum peut durer jusqu'à douze semaines après l'accouchement et est appelée « le quatrième trimestre ». C'est une période critique dans la vie de la femme et de l'enfant. En effet, c'est au 42^e jour du post-partum que la mortalité maternelle est la plus élevée, elle correspond à 45% de la mortalité maternelle totale (9). L'une des premières causes de mortalité maternelle en France est le suicide selon l'INSERM (10). Cela justifie donc l'importance de la bonne prise en charge dans cette période clé de la mère et de l'enfant pour leurs bien-être physiques et psychologiques. En moyenne, c'est lors de cette période qu'a lieu la reprise des rapports sexuels : entre six et huit semaines après l'accouchement. Même si 80% des couples ont repris les rapports à 12 semaines post-accouchement, il existe une grande variabilité entre les couples (6). La sexualité s'intègre dans la prise en charge globale de la femme, lors de ce bouleversement qu'est la maternité où la femme peut perdre ses repères de femme, de femme sexuée, de mère (6).

Ainsi, l'accouchement est un événement marquant dans la vie d'un couple. Il mène à des nouveaux rôles pour les néo-parents. L'arrivée d'un enfant demande un certain rééquilibrage dans le couple, puisque celui-ci qui est initialement une dyade va se transformer en une famille (triade). Ce passage du couple conjugal au couple parental, associé à la demande d'attention que nécessite un nouveau-né, ainsi qu'aux séquelles physiques que peuvent engendrer l'accouchement sur le corps de la femme et enfin

l'accumulation de fatigue des parents sont des facteurs ayant un réel impact sur la sexualité du couple (6,11).

2) Facteurs de dysfonction sexuelle

Il existe différents facteurs responsables de ces troubles de la sexualité. Le mode d'accouchement en est particulièrement un exemple. Les accouchements par voie basse instrumentale et l'épisiotomie entraînent un risque de dysfonction sexuelle par l'atteinte du nerf pudendal et du sphincter anal (7). Une étude prospective portant sur 377 femmes primipares a montré que les femmes avec des déchirures du 3^e et 4^e degré (déchirures qui s'étendent de la paroi vaginale du périnée à l'anus voire au rectum) étaient cinq fois moins aptes à avoir une vie sexuelle active après l'accouchement que les femmes au périnée intact (12). Dans la littérature, l'épisiotomie serait le principal facteur de dyspareunie (5). Ces traumatismes, qui ont lieu pendant l'accouchement, peuvent rendre la région autour de l'orifice vaginal douloureuse et réduire l'intérêt sexuel et la capacité à l'excitation (2).

Le Female Sexual Function Index (FSFI) est un questionnaire officiel validé et recommandé en médecine sexuelle, permettant d'évaluer la satisfaction sexuelle de la femme (13). Ce dernier comporte 19 questions couvrant les domaines suivants : le désir (Q1 - Q2), l'excitation (Q3 - Q6), la lubrification (Q7 - Q10), l'orgasme (Q11 - Q13), la satisfaction (Q14 - Q16), et la douleur (Q17 - Q19). Le mode de calcul du score FSFI est expliqué dans le tableau 1. Un score total de 26,55 a été proposé comme la valeur seuil diagnostiquant une dysfonction sexuelle, le score maximal étant de 36 (14). Ce score sert d'outil dans le domaine de la santé sexuelle pour le diagnostic d'une population ou la prise en charge d'un individu par exemple.

Tableau 1 : Mode de calcul du Female Sexual Function Index (FSFI)

Domaine	Questions	Score	Coefficient	Score minimum	Score maximum
Désir	1, 2	1-5	0,6	1,2	6
Excitation	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6
Lubrification	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6
Orgasme	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6
Satisfaction	14, 15, 16	0 (ou 1) -5	0,4	0,8	6
Douleur	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6
Score total				2	36

Cet outil a été utilisé dans le cadre de la sexualité dans le post-partum : le FSFI a été établi après 12 mois chez des primipares ayant eu un accouchement voie basse et des primipares ayant eu une césarienne. Le score total de cet indice n'a pas été significativement différent dans les deux groupes. Ce résultat vous montre qu'il ne faut pas réduire la cause de l'apparition d'une dysfonction dans le post-partum à la voie d'accouchement ; les femmes ayant accouchées par césarienne présentant des difficultés similaires dans leur reprise de la sexualité après leur intervention chirurgicale (9).

En dehors des symptômes physiques, le vécu de la grossesse mais surtout de l'accouchement ont un rôle essentiel dans la reprise de la sexualité du couple. Certaines femmes associent leur accouchement à un véritable traumatisme. L'impact psychologique lié à cet évènement provoque inévitablement une forte appréhension à la reprise de la sexualité et peut même aller jusqu'à déclencher des symptômes physiques : vulvodynie ou vaginisme (6). De plus, il existe un phénomène de réminiscence qui a lieu classiquement pendant la grossesse : la grossesse et l'accouchement confrontent certaines femmes à la reviviscence traumatique des agressions sexuelles vécues dans l'enfance (15). Si ce phénomène n'a pas eu lieu pendant la grossesse, il peut être déclenché dans le post-partum, à la suite d'un accouchement traumatisant et donc impacter la sexualité du couple. Le « baby blues » concerne 50 à 70% des femmes dans les jours qui suivent l'accouchement. Il se manifeste chez la mère par des pleurs, une irritabilité, un sentiment de dépassement. Ce phénomène ne dure que quelques jours (16). S'il persiste, sur des semaines voire des mois après l'accouchement, il faudra évoquer la dépression du post-partum. Elle concerne 10 à 20% des femmes (6). Il a été démontré que la dépression du post-partum qui peut survenir chez la femme à cette période, a une influence négative sur l'intérêt sexuel, le désir, l'orgasme, la fréquence des rapports (7). Le mal être engendré par la dépression est à l'origine d'un désir sexuel hypoactif chez les femmes, pour qui la sexualité devient une activité non prioritaire (6). D'autres facteurs comme la fatigue, le manque de sommeil, le manque de vie privée, le manque de temps libre et le sentiment de ne pas être désirable sont à prendre en compte (16). La part psychologique, intimement liée à la part physique dans la reprise de la sexualité des femmes prend effectivement une dimension importante.

En ce qui concerne l'allaitement, les résultats sont controversés : l'allaitement peut impacter positivement la sexualité par l'augmentation de la taille de la poitrine, du désir, de la sensibilité au niveau des tétons et une meilleure perception de l'image du corps (7). Dans d'autres cas, les femmes peuvent présenter, au contraire, un désintérêt pour les activités sexuelles, des dyspareunies, des troubles de l'excitation et du plaisir. Pour certaines mères allaitantes, l'image qu'elles se font de leur poitrine est modifiée : ce qui était alors signe de féminité, zone érogène et érotique devient désormais un signe de maternité : « le sein nourricier » (6). De plus, la diminution du taux d'œstrogène engendrée par l'augmentation de la prolactine pendant l'allaitement peut créer une sécheresse vaginale qui rendra les rapports sexuels inconfortables (2). Pour ces raisons, le délai de reprise des rapports sexuels après l'accouchement peut être allongé (7).

Dans le postpartum, certaines femmes font face à des difficultés impactant la reprise des rapports sexuels. Tout d'abord, leur corps a souvent spectaculairement changé et ce très rapidement, il peut y avoir des lésions périnéales et/ou un vécu traumatique lors de l'accouchement. Ces changements peuvent grandement impacter l'image que la femme peut avoir d'elle-même. Elle pourra alors ressentir une incapacité à érotiser son nouveau corps, à se sentir désirable et à se projeter dans une relation intime (6). Les lochies post-accouchement sont des écoulements de sang qui durent environ 15 jours à trois semaines et peuvent se poursuivre par des spottings. La présence de ces pertes souvent perçues comme « sales » ou comme le signe d'une blessure profonde non encore cicatrisée, peut empêcher certaines femmes de se projeter sereinement dans une relation sexuelle (6). Lors de la reprise des rapports, les dyspareunies sont fréquentes de par les douleurs préexistantes mais aussi l'appréhension de ces douleurs. Il peut y avoir une perte du tonus vaginal et périnéal qui peut rendre difficile pour la mère une projection dans un corps sexualisé, par la modification ou la peur de modification de certaines sensations (6,17). De plus, il y a cette forme de désenchantement dans la période du post-partum : la charge émotionnelle est tellement puissante qu'elle ne laisse pas de place à des retrouvailles intimes et au lâcher-prise émotionnel nécessaire lors d'un rapport sexuel. Cette chute des œstrogènes dans le post-partum, précédemment évoquée, engendre une baisse du désir et toute réaction impliquée par celui-ci : excitation, plaisir et orgasme (2,6,16,17). A cela s'ajoute qu'à cette période, les parents concentrent toute leur

attention sur l'enfant. Il y a une forme de délaissement au profit du bébé. Le couple « parent » supplante le couple « amant ». Cela peut générer une crise au sein du couple car la sexualité doit être réadaptée. Le corps, la fatigue et les angoisses de la mère ne l'aident pas à se recentrer sur elle-même, au contraire. Elle s'investit pleinement dans son rôle de mère en plaçant au second plan sa féminité et sa sexualité (6).

3) Place du co-parent

La présence, l'investissement et l'aide du conjoint que ce soit pendant la grossesse, à l'accouchement ou lors du retour à domicile va impacter le couple d'une certaine manière. Cela peut favoriser le lien au sein du couple et ainsi entretenir les retrouvailles intimes. Pour les couples hétérosexuels, on sait que si, dans le cadre de cette naissance, il y a des imprévus, il se peut que le conjoint ne parvienne pas à s'impliquer dans la sexualité du couple et celui-ci s'effacera en tant qu'homme sexué. De plus, face aux changements physiques et psychologiques de sa partenaire devenue mère, le conjoint peut éprouver des difficultés à retrouver les repères qu'il connaissait lors de sa sexualité d'avant la grossesse. Beaucoup d'entre eux sont partagés entre l'envie de retrouver leur conjointe dans l'intimité et la peur de la brusquer, de lui faire mal. Certains souffrent du manque de disponibilité psychique de leur conjointe et se sentent exclus de la dyade mère-bébé. Les hommes confrontés à ces difficultés ont tendance à exprimer leur mal-être d'une autre manière que leur partenaire ; ils auront tendance à être hyperactifs, à fuir dans le travail ou le sport, voire même à montrer une tendance à des conduites addictives (alcool par exemple). Jusqu'à 8% des pères traversent une dépression dans le post-partum. Un vécu traumatique de l'accouchement ou les difficultés ressenties face à leurs nouvelles responsabilités de père peuvent expliquer l'apparition de ces difficultés psychologiques. Pour eux aussi, c'est une période de grand chamboulement (6).

Toutes ces études sur les dysfonctions sexuelles apparaissant dans le post-partum sont réalisées avec des couples hétérosexuels. Il est vrai qu'aborder la question des couples lesbiens dans la parentalité est une question récente, tout d'abord parce que les couples de même sexe n'entraient pas dans l'imaginable de notre société avant

les année 1960 (18). Mais depuis le 17 mai 2013, le mariage pour tous est légalisé en France ce qui rend, à partir de ce moment-là, les unions homosexuelles possibles au niveau de la loi (19). Pour ce qui est de la parentalité, le Journal Officiel a publié le 3 août 2021 une loi bioéthique élargissant la PMA aux couples de femmes et aux femmes célibataires (20). Depuis 2021 en France, les couples de femmes ont le droit d'avoir accès à la parentalité. Le temps que les choses se mettent en place, la première intervention a eu lieu au CHRU de Nancy le 29 novembre 2021 (21). Depuis peu et grâce à cette loi, les couples lesbiens qui avaient déjà une place dans les maternités seront désormais de plus en plus présents au sein de nos établissements. L'équilibre de ces jeunes parents pourra être bouleversé par la naissance d'un nouveau-né transformant leur statut de couple à un statut de famille. Tout comme un couple hétérosexuel, le couple devra faire face à de potentielles difficultés sexuelles déclenchées par la grossesse, l'accouchement, l'allaitement.

Bien que la littérature autour de la sexualité des parents lesbiens soit pauvre, nous avons pu nous appuyer sur des études portant sur la sexualité des femmes entre femmes et sur leur satisfaction sexuelle afin de mieux comprendre les facteurs qui impactent la fonction sexuelle de ces couples (22). Une étude américaine sur les résultats de thérapies psychologiques réalisées avec des couples lesbiens souligne le fait que la sexualité entre femmes est potentiellement impactée par l'intériorisation de messages sociaux négatifs, l'homophobie et l'hétéronormativité (23). L'impact positif du bien-être mental, de l'activité et de la satisfaction sexuelle a été reconnu, tandis que la dépression, la peur et l'hostilité se sont avérées avoir un effet négatif sur l'excitation, la lubrification, l'expérience de l'orgasme, la satisfaction et la fonction sexuelle globale (23). Une revue de la littérature sur les modèles conceptuels et la fonction sexuelle dans la sexualité entre femmes a également montré que les femmes vivant en relation avec d'autres femmes obtiennent des résultats plus élevés sur les échelles de satisfaction sexuelle, que la durée de la relation a un impact négatif sur la fonction sexuelle globale. Il y a une relation de réciprocité positive entre la satisfaction de la relation et la satisfaction sexuelle (24). Cependant, ces études sur la sexualité des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes datent parfois de 20 à 30 ans. Elles sont critiquées par leur phallocentrisme et leur hétéronormativité. Certaines études sont fondées sur des croyances telles que les relations sexuelles entre femmes

sont toujours égalitaires, tendres, délicates et exemptes de tout élément associé à la masculinité (22).

Ainsi, l'accouchement semble avoir un impact sur la sexualité des couples hétérosexuels. Les couples lesbiens, ayant leur place dans la parentalité et faisant face aux problématiques associées sont certainement aussi impactés par l'évènement de l'accouchement dans leur couple. Nous pensons qu'il serait pertinent d'évaluer de quelle manière l'accouchement pourrait impacter la sexualité des couples lesbiens dans le post-partum.

Notre objectif général de recherche est de décrire et d'évaluer la reprise des rapports sexuels chez les couples lesbiens dans le postpartum.

Notre objectif secondaire est de comprendre les facteurs influençant l'apparition des dysfonctions sexuelles dans le post-partum et de déterminer quelles sont les principales dysfonctions sexuelles qui apparaissent lors de la reprise de la sexualité des couples lesbiens.

Nous souhaitons également savoir comment ces couples ont évalué la prise en charge des professionnels de santé qui les ont accompagnés dans le domaine de leur sexualité.

Nous émettons l'hypothèse que l'image du corps, dans le cadre de partenaires de même sexe permet une bonne compréhension de celles-ci dans leur sexualité, une communication efficace au sein du couple et donc une reprise des rapports satisfaisante.

Aussi, nous envisageons qu'il n'y a pas de problème de lubrification dans la sexualité des couples lesbiens dans le post-partum.

Enfin, nous pourrions comprendre que la reprise de la sexualité dans le post-partum est liée à des troubles psychologiques et physiques.

II. Matériel et Méthodes

1) Type d'étude

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons effectué une étude observationnelle, descriptive, rétrospective par méthode qualitative.

En effet, pour comprendre l'impact de l'accouchement sur la sexualité des couples lesbiens dans le post-partum, l'entretien semi-directif nous a semblé être le moyen d'étude le plus pertinent. Cet entretien leur permettant de s'exprimer librement sur le thème, avec leurs propres mots tout en nous donnant la possibilité de cibler certaines thématiques pour orienter le sujet.

Nous avons choisi de réaliser les entretiens en couple afin d'enrichir le dialogue, les informations recueillies et d'obtenir différents points de vue autour de ce moment charnière qu'est le post-partum.

Les entretiens se sont déroulés de septembre 2022 à décembre 2022, en visio pour s'adapter à la disponibilité des couples qui ont pour la plupart repris leur travail avec un enfant en bas âge.

2) Recrutement de la population

Le recrutement de notre population s'est fait par l'intermédiaire de l'association l'Association des Parents Gays et Lesbiens (APGL), plus précisément de l'antenne Grand-Est qui aura élargi ses horizons à la France au cours de l'étude. Contacter les membres de cette association nous a permis de cibler les couples qui entrent dans les critères de l'étude et qui, déjà de par leur adhésion dans l'association révèlent leur potentielle orientation sexuelle. Les membres de l'APGL ont pu diffuser la demande d'entretien à tous leurs contacts. Les adhérentes volontaires pour participer à l'étude se sont alors manifestées et nous ont directement contactées. L'APGL avait ciblé l'antenne Grand-Est dans un premier temps et, par manque de participants, a ouvert le recrutement aux membres de la France entière.

Cependant, de par la délicatesse du sujet, la complexité des critères d'inclusion et la pauvre représentativité de ces couples en France, le nombre de couples participants n'était pas suffisant. Nous avons donc contacté une seconde association qu'est

« l'association des parents arc-en-ciel ». Cette association a pu diffuser un message d'annonce, indiquant notre contact pour les couples intéressés dans toute la France, sur leurs réseaux sociaux. De là, un certain nombre de couples se sont manifestés pour participer à l'étude.

Enfin, certains couples ont été recrutés par le biais du contact des couples ayant déjà répondu aux questions de l'entretien.

3) Critères de recrutement

Pour réaliser cette étude, au moins cinq couples lesbiens, parents depuis juin 2020 ou moins ont été recrutés. L'intérêt d'une telle limite de temps est la mémoire des couples sur leur reprise de la sexualité après l'évènement de l'accouchement. Nous recherchons des données fiables. Un délai trop long aurait pu entraîner des réponses approximatives et des résultats trop peu précis.

Nous avons décidé de sélectionner des couples lesbiens ayant eu recours ou non à la PMA à l'international ou en France pour avoir un enfant. Le consentement des deux membres du couple nous a semblé indispensable à l'inclusion dans notre étude. Ont été inclus dans l'étude les couples homosexuels féminins dont une des partenaires a accouché par voie basse ou par césarienne, qu'elles aient eu recours ou non à PMA. Nous avons exclu de cette étude les couples lesbiens ayant eu recours à l'adoption et les couples qui se sont séparés.

4) Modalités de l'entretien

Pour répondre à notre problématique, nous avons choisi une méthode qualitative. Le but étant de comprendre le point de vue des patientes, de donner parole et visibilité aux couples de femmes parents pour améliorer leur prise en charge par les professionnels de santé par le biais d'une meilleure information sur la reprise de la sexualité des couples lesbiens dans le post-partum.

Les entretiens ont été réalisés en couple avec des questions ouvertes sur le ressenti de chaque entité du couple ciblant les différentes hypothèses répondant à la question de recherche.

Pour réaliser la grille d'entretien, nous nous sommes appuyés sur le questionnaire officiel FSFI permettant de calculer un indice qui permettra ensuite d'évaluer la fonction sexuelle féminine selon cinq différentes catégories : désir, lubrification, orgasme, satisfaction sexuelle et douleur (14) (voir en annexe 1). Nous avons rédigé les questions de l'entretien autour des cinq grandes thématiques tout en veillant à les rendre les plus inclusives possible. En effet, le questionnaire FSFI s'adresse aux couples hétérosexuels en plaçant la pénétration au cœur du rapport sexuel. Dans ce questionnaire, le sexe non pénétratif n'est pas considéré comme un rapport sexuel. Aujourd'hui, quelque soit le sexe anatomique des partenaires du couple, il est impensable de réduire le rapport sexuel à la simple pénétration, et de fait impossible de reléguer les autres pratiques sexuelles non pénétratives au rang de « préliminaire » à cette « pénétration ».

Pour enrichir notre grille et répondre à nos objectifs, d'autres thématiques, considérées comme importantes dans l'évaluation de la reprise des rapports, de par notre documentation ont été ajoutées : la communication au sein du couple, la reprise des rapports en tant que tel, les différences avant et après l'accouchement et l'analyse personnelle du couple sur les facteurs déclencheurs de dysfonction sexuelle dans le couple (2,18,19). Nous avons conclu l'entretien sur une ouverture sur la prise en charge de la santé sexuelle du couple par les professionnels de santé ayant suivi le couple pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum afin d'obtenir une évaluation de celle-ci.

Chaque membre du couple était libre de prendre la parole ou non, selon les questions et leur expérience en rapport avec celles-ci. Nous avons choisi de réaliser les entretiens en couple car nous considérons que la reprise des rapports sexuels dans le post-partum et l'expérience qui en découle est un événement qui se vit à deux. Ainsi, le point de vue de la partenaire nous a semblé avoir une réelle pertinence ce qui nous a permis d'avoir un retour plus riche et plus précis sur la reprise des rapports.

5) Règlementation et confidentialité

Cette étude a été soumise au Comité d'Éthique et de Recherche de l'université de Strasbourg et a été accréditée par celui-ci le 13/07/22 selon le numéro d'accréditation suivant : Unistra/CER/2022-2020 (voir en annexe 2).

6) Grille d'entretien

Entretien avec les couples : Nous avons décidé de commencer l'entretien en parlant du vécu de la grossesse et de l'accouchement avec une grande question ouverte. Préciser si besoin :

- Quand l'enfant est né ? Comment ? Type d'alimentation choisi ?
- Comment le couple a abordé cet évènement ? Quel est leur vécu ? Quel a été l'évènement marquant ?

Le point de vue des deux coparents sera abordé.

THÈME	QUESTION	COMMENTAIRE
Communication sexuelle dans le couple	Avez-vous échangé sur le sujet avant/après l'évènement de l'accouchement ? Comment pensiez-vous que cela impacterait votre couple ?	Répond à l'hypothèse de l'image du corps et la compréhension du couple + la communication
Reprise des rapport	Au bout de combien de temps, vous sentiez vous prête à reprendre les rapports ? Comment avez-vous vécu ce moment ?	
Différence de sexualité avant/après l'évènement de l'accouchement	Il y a-t-il eu une modification des pratiques sexuelles ? Comment ?	
Place du <i>désir sexuel</i>*	Comment était votre désir sexuel envers votre partenaire après l'évènement de l'accouchement ? Et celui de votre partenaire ?	Répond à l'hypothèse sur les dysfonctions sexuelles

	<p>A quelle fréquence aviez-vous des rapports après la reprise des rapports ?</p> <p>Qu'en était-il de vos fantasmes imaginatives ?</p> <p>Et celles de votre partenaire ?</p> <p>Qu'en était-il de votre désir sexuel solitaire ?</p>	
<p>Lubrification* vasocongestion = excitation</p>	<p>+</p> <p>Comment vous sentiez vous face à l'idée d'être excitée lors d'un rapport ?</p> <p>Comment était votre lubrification au moment des rapports après l'accouchement ?</p>	<p>Répond à l'hypothèse sur les dysfonctions sexuelles</p>
<p>Orgasme*</p>	<p>Est-ce que la fréquence de vos orgasmes a été modifiée par l'accouchement ?</p> <p>Par quel moyen parveniez-vous à avoir un orgasme ?</p> <p>Comment étaient vos orgasmes ?</p>	<p>Répond à l'hypothèse sur les dysfonctions sexuelles</p>
<p>Satisfaction*</p>	<p>Comment était votre proximité émotionnelle avec votre partenaire pendant les rapports ?</p> <p>Décrivez votre satisfaction sexuelle à ce moment de votre sexualité.</p>	<p>Répond à l'hypothèse sur les dysfonctions sexuelles</p>
	<p>Si vous aviez des douleurs lors de la reprise des rapports, comment étaient-elles ?</p>	<p>Impact des modifications physiques sur la sexualité</p>

<i>Douleur*</i>	Si vous avez modifié certaines pratiques sexuelles ; lesquelles et pourquoi ?	Répond à l'hypothèse sur les dysfonctions sexuelles
Analyse des raisons des modifications	Selon vous, que pourrait être la raison de ces modifications dans votre sexualité de couple ?	Facteurs influençant l'apparition des dysfonctions sexuelles dans le post-partum
<u>PEC par professionnel de santé</u>	Lors de la consultation du post-partum (6 à 8 semaines après l'accouchement), dans quelle mesure avez-vous abordé le sujet avec le professionnel de santé qui vous suivait ? → Si oui, l'échange était-il satisfaisant pour vous ? Pourquoi ? → Si non, auriez-vous souhaité que le sujet soit abordé ? Pourquoi ?	Permet une ouverture pour une potentielle amélioration de la prise en charge si elle est considérée comme insatisfaisante.

****Facteurs appartenant au questionnaire FSFI***

7) Analyse des données

Pour l'analyse, nous nous sommes servis de l'enregistrement des entretiens que nous avons réalisés, avec le consentement des couples, lors de la récolte des données. Nous avons débuté l'analyse par la retranscription écrite avec anonymisation des entretiens. « A » remplacera le prénom de la maman qui a accouché tandis que « B » remplacera le prénom de la mère co-parente. Par la suite, afin de faire ressortir les différentes thématiques naissantes de nos échanges, nous avons codé les données via un code couleur mettant en valeur les verbatim appartenant à la même thématique. Par le biais de cette méthode, nous avons pu mettre en avant les sujets clés qui constitueront le mémoire.

Pour cette étude, nous ne sommes pas parvenus à saturer les données. Le manque de sujets participants à l'étude lié au facteur sensible du sujet qu'est la sexualité et la période choisie en sont peut-être des explications.

III. Résultats

1) Communication sexuelle dans le couple

Parmi les cinq couples, trois d'entre eux ont abordé le sujet de leur sexualité post-accouchement : « *je t'avais fait part du fait que j'avais peur que ça change mon regard sur toi de voir (l'accouchement)* », « *j'avais peur que d'être du côté de la « sortie » du bébé j'avais peur que ça change mon regard par rapport à elle vu la position qu'on a quand on est au lit. J'avais peur que ça change mon approche* », « *A avait déjà ce blocage pendant la grossesse. Donc c'est pour ça qu'on s'est mise à en parler assez rapidement. Et du coup, oui, on a échangé pas mal* », « *on se disait que j'aurai besoin de temps et que ça allait peut-être être compliqué pour elle et que je ne savais pas comment j'allais réagir. Mais c'était plus dans un sens négatif* », « *on disait qu'on se laisserait le temps de te remettre de l'accouchement* ».

Certains couples ne s'attendaient pas à un tel impact sur leur vie sexuelle : « *moi je ne m'attendais pas à ce que ça ait autant d'impact* », « *A elle ne se projetait pas plus que ça, pas plus que les conversations qu'on avait eues* », « *comme tout le reste ça chamboule un peu tout, après de là à savoir lequel (impact) c'est comme l'arrivée du bébé tout court en fait* », « *on n'avait pas imaginé que je pouvais avoir une dépression et que ça modifierait autant, on n'en avait pas trop parlé* ». Tandis que d'autres ont appréhendé l'événement « *je m'étais dit que je ne vois pas comment concilier les deux* ».

En général, les couples ont su communiquer sur leurs problématiques sexuelles quand il y en avait « *tu m'avais dit aussi que tu avais peur de me faire mal après* », « *elle m'a donné la liberté de faire le premier pas moi et de venir pour la première fois et même les premières fois d'après. Et s'il y avait des choses que je ne voulais pas qu'elle me fasse juste je le disais. Il y avait énormément de respect et de communication là-dessus* », « *on est très ouvertes et on discute de tout, on avait discuté de la possibilité que ça change des choses, moi j'avais surtout peur de plus avoir de plaisir* », « *c'est quand même assez fluide en terme de communication entre nous donc à la fois moi je pouvais dire bah non là ça me fait bizarre et toi tu étais très attentive à ce que je vis donc je n'étais pas trop tendue quoi* ».

2) Reprise des rapports

Concernant le délai de reprise des rapports après l'accouchement, cela a été variable selon les couples. Certains ont eu besoin de plus de six mois « *je pense que ça a dû prendre huit à neuf mois* », « *entre cinq et sept mois* », tandis que d'autres ont repris les rapports avant six mois post-accouchement « *après les un mois de la petite, un peu plus d'un mois* », « *à peu près cinq mois* », « *un mois maximum, c'était assez rapide* ».

Certaines femmes ayant accouché ont décrit leur reprise des rapports comme « *plaisante* ». D'autres ont exprimé de l'appréhension « *je l'ai pas mal vécu dans le sens où je ne voulais pas mais j'avais peur* ». Enfin, plusieurs femmes se sont exprimées sur leur rapport au corps à ce moment-là « *j'avais ce besoin de me reconnecter avec mon corps* », « *accepter que les sensations contre mon corps soient érotiques et pas juste en tant que mère* », « *j'avais besoin de me ré approprier mon corps et me retrouver femme* ».

Le vécu des mères co-parentes lors de la reprise des rapports était assez positif dans l'ensemble « *c'est agréable, c'est un bon moment* », « *j'avais de l'appréhension parce qu'elle en avait mais à la base sur la relation en soi je n'avais pas d'appréhension* ». Tout en étant très à l'écoute de leur partenaire : « *j'étais très à l'affût de tes moindres réactions pour être sûre que je ne te ferai pas mal* », « *je savais que ça la stressait et qu'elle angoissait de comment ça pouvait se passer* ».

Le sentiment de retrouvailles de couple a été réciproque chez les mères « *ça a quand même eu une saveur particulière, je l'ai vécu un peu comme une retrouvaille de couple* », « *c'est un peu l'unique moment quand on a débuté notre vie avec bébé, où on se retrouvait vraiment toutes les deux* ».

3) Modification de la sexualité

L'accouchement a été déclencheur de modification des pratiques sexuelles de ces couples « *tout est revenu comme avant mais pas autant, clairement il a eu une différence* ».

L'appréhension de faire mal ou d'avoir mal est beaucoup ressortie dans le discours des femmes « *c'est vrai qu'au début j'osais vraiment pas toucher ta poitrine* », « *moi j'avais un peu peur de tout faire quoi* », « *je me suis dit qu'il fallait que je me réinvente, avoir de l'inspiration pour réussir à te détendre et en même temps faire attention à pas te faire mal* ».

La pénétration n'était pas pratiquée au début de la reprise des rapports pour la plupart des couples « *quand j'avais encore les points, on ne pratiquait pas la pénétration déjà* », « *le fait qu'il y ait une déchirure interne plus vaginale je me refusais la pénétration, je me disais au cas où* », « *à la demande de A, on a supprimé au départ les relations vaginales* », « *au début on faisait attention de ne pas mettre de doigt, parce que j'avais peur de te faire mal et toi tu avais peur d'avoir mal* », « *on n'a même pas recommencé aujourd'hui la pénétration vaginale* », « *tu m'avais dit que je crois que tu préférais que je reste à l'extérieur* ».

Un des couples a supprimé la stimulation des seins de la femme qui a accouché de leur sexualité « *c'était inconcevable et insupportable pour moi de toucher ma poitrine tant que j'allaitais* ».

Aussi, la fréquence des rapports a été impactée négativement « *la fréquence a été modifiée mais plus par rapport à la petite* », « *ce n'est toujours pas redevenu comme avant* », « *ce n'est pas fréquent* », « *on est passées d'une fois par semaine à une fois par mois* ».

4) Désir

Du point de vue des mères qui ont accouché, pour la majorité des femmes, leur désir a été impacté dans le post-partum de façon plutôt *négative* « *inexistant* », « *juste après l'accouchement j'ai eu une grosse baisse de désir* », « *le désir il est là mais c'est forcément modifié par rapport à avant d'avoir eu une enfant* », « *le désir n'est pas revenu à 100% non plus* » « *je dois avouer que ma libido est tombée en flèche* ». Mais parmi les cinq femmes ayant accouché, une femme décrit une forte augmentation de son désir dans le post-partum « *le mois d'après ou les deux mois qui ont suivi l'accouchement, j'ai eu une libido très très forte* », « *j'étais blindée d'hormones et*

j'avais une libido démesurée, j'avais tout le temps envie », « il y avait ce désir très très fort, j'avais besoin de la sentir et de sentir mon corps aussi ».

Pour les mères n'ayant pas accouché, le désir sexuel a été peu voire pas impacté par l'évènement de l'accouchement *« ça n'a pas changé que ça soit pendant la grossesse ou après l'accouchement », « ma libido n'a pas été modifiée », « c'est encore plus fort qu'avant je dirais ».* Les arguments qu'elles nous ont donné ayant pu générer une certaine frustration chez certaines femmes sont : *« il a fallu après que je réamorce un peu le désir parce que vu que je sentais qu'A était pas bien », « c'est vrai les envies sont vites revenues pour moi donc c'était plus me freiner qu'autre chose », « moi il n'y avait rien qui avait changé et c'est ça qui était compliqué justement, même physiquement les changements et tout, pour moi au niveau du désir c'était exactement pareil donc... ».* Cependant, les mères qui n'ayant pas accouché, pour qui le désir n'a pas été impacté négativement dans la globalité, décrivent avoir toujours été très à l'écoute de leur conjointe *« tant que je sentais pas que A était pas prête j'avais pas envie de lui imposer ça et de m'imposer en plus un refus, donc j'étais dans l'attente du feu vert ».*

Les fantasmes imaginatives n'ont globalement pas été impactées *« pour l'instant on est restés classiques, on n'a pas innové »* et les femmes ont peu développé sur le sujet.

Le plaisir sexuel solitaire a été modifié pour certaines femmes *« il y en avait un peu avant, là il est inexistant », « avant j'en avais et là je n'en ai plus »* et pas pour d'autres *« j'en avais et j'en ai toujours », « ça n'a rien changé ».*

5) Lubrification

Les problématiques liées à l'excitation et plus particulièrement l'idée d'être excitée ont touché les mères ayant accouché *« ça me renvoyait à chaque fois que je n'en étais pas capable », « j'appréhendais, je ne savais pas ce que ça allait donner. J'appréhendais la douleur et même la sensation « est-ce que je vais avoir les mêmes sensations qu'avant » », « je n'avais pas spécialement envie, parce que les moments où on était posées, au début j'avais envie de dormir ».*

Tandis que les mères qui n'avaient pas accouché se concentraient plus sur le fait d'adapter leurs envies à celles de leurs partenaires « *c'était plus me calmer *rires* et attendre* », « *c'était frustrant parce que justement je savais qu'il n'y avait pas de bon moment quoi. C'était plus qu'il ne valait mieux pas avoir envie parce que ça évitait d'être frustrée* ».

La lubrification de la femme ayant accouché et de celle qui n'a pas accouché n'a pas été impactée dans le post-partum chez ces couples « *ça n'a pas plus impacté la lubrification* », « *je n'ai rien ressenti de différent* ».

6) Orgasme

La fréquence des orgasmes a pu être légèrement modifiée chez certains couples « *la toute première fois il n'y en a pas eu* », « *disons qu'avant l'accouchement j'arrivais à avoir plusieurs orgasmes pendant qu'on faisait l'amour et là maintenant c'est plus le cas* ». D'autres couples décrivent une fréquence des orgasmes totalement inchangée « *la fréquence n'a pas été impactée parce qu'il y en a à chaque rapport* », « *c'est pareil je pense* », « *toujours les mêmes* ».

Au moment de la reprise des rapports, les moyens d'atteindre l'orgasme sont variés pour ces femmes avec une stimulation externe dans la majorité des couples « *plus les sensations externes* », « *la stimulation des seins et plutôt la stimulation du clitoris* », « *les premières fois tu ne voulais plus de pénétration* ».

Certaines femmes ont décrit une modification de leur orgasme en tant que tel : « *je le trouve plus rapide en fait, est-ce que c'est parce qu'il n'y a rien eu pendant un moment, je ne sais pas mais en tout cas je le trouve plus rapide qu'avant* », « *j'en ai moins mais plus intenses* ».

7) Satisfaction sexuelle

Dans l'ensemble, lors de la reprise des rapports, les femmes ont été plutôt satisfaites *« c'était très satisfaisant »*, *« soulagement, de se retrouver et d'être de nouveau capable d'avoir une vie sexuelle »*, *« au début oui c'était top »*, *« la satisfaction de reprendre de l'activité et de reprendre sa place »*.

Lors de l'entretien, les femmes ont décrit le moment de la reprise des rapports comme un moment singulier *« on avait eu une sensation de première fois, on avait l'impression que c'était de nouveau notre première fois »*, *« la première fois ouais c'était un peu une découverte »*, *« il y avait quand même ce truc un peu de « retrouvailles » »*, *« il y avait de la retrouvaille et du soulagement »*, *« ça a enlevé une pression, c'est bon on est de nouveau capable »*, *« se débrancher un peu de la chambre d'à côté »*.

Aussi, les couples s'expriment sur une proximité émotionnelle toute particulière *« le soir quand on va se coucher ou au moment du rapport on est plus proches qu'avant »*, *« on était vraiment fusionnelles »*, *« on était sur un nuage de fin de grossesse »*, *« on était très proches au moment de la reprise et après on est retombées un peu dans un mécanisme de « on fonctionne ensemble » » comment une équipe de parents »*.

8) Facteurs de modification de la sexualité

Pour plusieurs couples, le principal facteur de modification de leur sexualité dans le post-partum est la place psychique qu'a pris l'enfant dans la tête de la mère ayant accouché *« à partir du moment où j'ai été mère donc tout mon cerveau et tout mon corps ont été consacrés à ma fille et il a fallu travailler sur moi pour vraiment faire cohabiter deux personnes, deux aspects de ma vie »*, *« c'est aussi de redevenir une femme après être devenue mère »*, pour une autre mère c'est une la réadaptation à son corps *« mais je pense que c'est tellement fort qu'il y a quand même une question d'hormones qui s'est passé autre que juste psychologique pour moi et effectivement ce côté psy de ce besoin de me réapproprier mon corps et de retrouver la femme en moi »*, pour un autre c'est le manque de désir *« de mon côté c'est le manque d'envie »*.

La fatigue prend également une forte place dans les facteurs de modification de la sexualité dans le post-partum « *j'ai un souvenir d'une fatigue vraiment intense* », « *je mets plus ça sur le dos de la fatigue que sur l'accouchement en tant que tel. Avoir à gérer la petite, une fois qu'on est couchées on a juste envie de dormir* », « *il y a une fatigue aussi qui joue beaucoup* », « *à partir d'une certaine heure elle dort, mais nous on encaisse les journées qu'on a eu, plus s'occuper de la petite je pense que c'est plus la fatigue* », « *que les moments où on était posées, au début j'avais envie de dormir* », « *c'était plus le fait de répondre à ses besoins qui était le plus fatiguant je trouvais* ».

Aussi, le manque de temps entre en compte « *j'imagine qu'il y a des gens qui sont peut-être plus à se préserver du temps pour eux même etc, nous ce n'est pas forcément le cas* », « *plus il faut trouver le temps quoi* », « *quand A arrive de sa journée de 8-18h où elle est crevée, moi il faut que je me couche tôt donc c'est un peu compliqué* », « *c'est vrai que de hacher sa nuit, toutes les nuits, ça nous fatiguait pas mal et le sommeil était assez sacré et la journée on était au travail. Donc quand on allait au lit c'était pour dormir quoi* ».

Comme le désir est impacté, la libido est impactée « *les saignements, le fait que le corps se remette donc on n'a pas forcément envie d'avoir un rapport* », « *moi je n'avais pas spécialement envie* », « *de mon côté c'est le manque d'envie, de ton côté il y a pas trop de modification, c'est moi la raison *rire** », « *je ne voulais que plus personne me touche* ».

9) Douleur

Lors de la reprise des rapports, certaines femmes ayant accouché ont décrit une appréhension de la douleur « *niveau douleur, j'appréhendais, je ne savais pas ce que ça allait donner. J'appréhendais la douleur et même la sensation « est-ce que je vais avoir les mêmes sensations qu'avant* ». Et aucune n'ont ressenti de forte douleur voire aucune douleur « *aucune douleur* », « *pas particulièrement de douleur* », « *j'étais un petit peu sensible mais ça n'a pas duré longtemps. Je pense que les premiers rapports c'était encore peut être un peu sensible, après c'est vrai que j'y pense même plus* », « *je n'ai pas eu de douleur particulière parce que de toute façon B était stressée que j'ai mal donc elle faisait attention, si ce n'est un peu au sein, mais sans plus* »

Les mères n'ayant pas accouché n'ont pas ressenti de douleur mais avaient peur de faire mal « *j'apprenais aussi un peu de te faire mal aussi* », « *j'étais très à l'affût de tes moindres réactions pour être sûre que je te ferai pas mal* », « *tu m'avais dit de faire attention à la cicatrice et moi j'avais peur de lui faire mal donc je faisais attention mais ça allait* ».

10) Allaitement

L'allaitement est un facteur qui entre en compte. Il a impacté le délai de reprise des rapports pour certains couples « *c'était un peu compliqué et cette histoire d'allaitement n'a pas aidé mon état* », « *moi j'ai mis du temps à retrouver de l'intérêt sexuel, mais je pense que l'allaitement ça joue aussi, c'est ce que me disait ma sage-femme. L'allaitement joue sur les hormones et sur le désir sexuel donc...* », « *ce n'est pas rien, en tant que mère, d'avoir son bébé collé à sa peau tous les jours pendant huit mois. Au final après il faut se le réapproprier* ».

L'allaitement a également pu engendrer un changement dans les pratiques sexuelles de quelques couples « *j'osais vraiment pas toucher ta poitrine* », « *ne pas trop te toucher la poitrine alors qu'à la base avant qu'elle soit enceinte c'était une grosse zone érogène chez A* », « *il y a quand même aussi cette appréhension de* « *ohlala s'il y a du lait qui sort ça va vraiment me traumatiser* ». Dans d'autres cas, il n'a pas vraiment impacté les pratiques sexuelles « *j'ai eu des écoulements de lait déjà à partir du troisième/quatrième mois de grossesse donc au final c'était rentré dans notre truc* ».

Enfin, l'appréhension de l'impact que pourrait avoir l'allaitement sur la sexualité a pu influencer le choix du type d'alimentation pour bébé « *j'ai refusé aussi l'allaitement parce que pour moi la poitrine est un organe sexuel. Si jamais elle avait pris le sein je sais que jamais j'aurais pu avoir de stimulation avec ma poitrine quoi* », « *j'ai allaité mais en tire allaitement, c'était une volonté de ma part, je n'étais pas contre le lait maternel mais je ne voulais surtout pas de mise au sein justement parce que mes seins font partie de ma sexualité* », « *je l'imaginai pas avec une poitrine dans la bouche, je n'arrivais pas à le concevoir* », « *on s'est demandé pour la tétée d'accueil mais même ça c'était compliqué* ».

11) Image du corps et place de la mère

Quelques femmes ont exprimé une difficulté avec l'image de leur corps « *pendant la grossesse tu avais beaucoup de mal à accepter la modification de ton corps, du coup vu que tu te n'acceptais pas et que t'acceptais pas ton corps* », « *j'ai eu une césarienne donc pour moi être nue c'était compliqué* ». Elles ont eu besoin de se reconnecter avec leur corps dans le post-partum « *besoin de me reconnecter avec mon corps* » « *il s'agissait vraiment de reconquérir mon corps et mon désir* », « *c'était comme si j'avais besoin de me réapproprier mon corps et me retrouver femme* ».

D'autres ont eu du mal à faire cohabiter la femme avec la nouvelle mère « *accepter que les sensations contre mon corps soient érotiques et pas juste en tant que mère* », « *ce n'est pas rien, en tant que mère, d'avoir son bébé collé à sa peau tous les jours pendant huit mois. Au final après il faut se le réapproprier* », « *il a fallu que je fasse cohabiter dans mon cerveau : être une mère et être une femme en fait désirante* », « *dès que j'y pensais c'est comme s'il y avait ce poids de la maternité qui revenait. non tu es mère* » comme si j'avais pas le droit de décoller mon cerveau une seule seconde de ma fille ». Et cela a impacté leur sexualité « *ça étouffait en fait toute pensée liée au désir* », « *à partir du moment où j'ai été mère tout mon cerveau et tout mon corps ont été consacrés à ma fille* », « *j'avais ce truc de passer de femme à mère, quand je pensais à moi je ne me voyais plus que « mère de », je voyais la petite et pas la femme que j'étais avant* ».

Les femmes qui n'ont pas accouché, n'ont pas témoigné de changement sur l'image du corps de leur conjointe : « *tu avais beaucoup de mal avec le fait que moi je l'accepte toujours autant, voir l'accepte plus, parce que moi ton corps enceinte me plaisait beaucoup et toi tu comprenais pas* », « *Même si pendant l'accouchement j'ai vu certaines choses que A n'a pas vu, ça ne m'a pas pour autant repoussée ou dégoûtée. Rien du tout* », « *ça n'a rien changé à ma façon de voir ou d'apprécier le corps de ma femme* », « *même physiquement les changements et tout, pour moi au niveau du désir c'était exactement pareil* », « *c'est sûr que c'est une autre femme mais au contraire ça a renforcé notre lien et du coup c'est encore plus fort qu'avant je dirais* ». Par contre, certaines de ces femmes ont, elles aussi, exprimé des difficultés à faire cohabiter parentalité et sexualité « *J'avais ce truc de : ouais ne pas la toucher avec des mains qui viennent de pénétrer A, j'avais un peu cette appréhension, donc*

je crois que j'ai pas trop fait durer (le premier rapport) parce que je me suis dit « au moins dès que j'ai fini je suis dispo, si elle appelle au moins je serai plus prête quoi » ».

12) Expérience du co-parent

Dans le cadre de la parentalité lesbienne, il était important et intéressant d'entendre le point de vue du coparent, la mère qui n'a pas accouché.

Le vécu de ces mères est globalement plutôt positif : *« on garde de bons souvenirs du moment de l'accouchement », « j'étais souvent là pour te soutenir et te motiver », « c'était sympa de t'accompagner pendant ta grossesse », « de mon côté ça allait très bien », « j'avais l'impression d'être dans une bulle, un peu hors du temps, un peu magique quand même. Et ouais j'ai adoré aussi la semaine à la maternité ».* Certaines ont exprimé avoir pu participer activement au moment de l'accouchement *« ils nous ont même proposé de finir de sortir la petite une fois que les épaules étaient passées », « quand ils se sont occupés de A je suis partie avec la petite pour faire du peau à peau dans une autre pièce. C'était vraiment un beau moment », « elle a même proposé à B si elle voulait allaiter et c'est des choses que pleins de gens ne sont pas au courant qu'on peut faire ça ».*

Même si certaines femmes ont pu exprimer parfois un impact psychologique négatif de cet événement pendant la grossesse *« ce n'est pas que je comprenais pas mais moi qui ai toujours désiré porter un enfant, ne comprenais pas qu'elle puisse mal le vivre et qu'elle n'apprécie pas »,* à l'accouchement *« l'accouchement, je l'ai vécu différemment d'elle, mais pas mieux non plus », « l'accouchement c'était plus stressant parce que je la voyais mal. Ça me faisait un peu peur parce que je n'avais jamais vécu ça de mon côté », « je vivais mal qu'elle le vive mal », « c'était compliqué de la voir souffrir je pense comme tous les compagnons de femmes qui accouchent »* et dans le post-partum *« je ne sais pas combien de temps ça a duré mais je sais qu'au tout début je me souviens d'une grande fatigue mais psychologique », « penser tout le temps à bébé ça m'a ajouté une charge mentale énorme que je n'avais pas avant et en fait ».*

Certaines mamans qui ont accouché ont abordé l'importance du soutien de leur conjointe « *j'étais quand même contente d'avoir B qui faisait les tours de salon avec la petite dans les bras pour la bercer. C'était quand même assez équilibré* ».

Dans le cadre de la sexualité, les parturientes n'ont majoritairement pas eu d'impact direct sur leur fonction sexuelle. Cependant, leur sexualité a été impactée par le biais de leur conjointe : « *c'est plus l'impact que ça a eu sur toi qui a eu un impact sur moi et qui est la principale modification (de notre sexualité)* », « *moi tout allait bien comme d'habitude. Le seul petit stress ou appréhension que j'avais c'était pour sa réaction à elle* », « *à la base c'était moi qui était plutôt passive et c'était plutôt toi qui venait me chauffer mais ça ça a bien changé après* », « *moi du coup c'était frustrant parce que justement je savais qu'il n'y avait pas de bon moment quoi. C'était plus qu'il ne valait mieux pas avoir envie parce que ça évitait d'être frustrée* », « *je n'ai pas eu autant de changements, en tout cas je ne les ai pas vécus pareil. Que ce soit l'arrivée du bébé, l'accouchement, le corps. Je l'ai vécu mais je ne l'ai pas vécu de la même place du coup sur le mental et ce qui est resté de tout ça c'était moindre* ». Mais une des conjointes a exprimé un impact de la grossesse sur son désir « *pendant la grossesse c'était bizarre je me disais « attends il y a un bébé là » mais après je ne me souviens pas* ».

13) Place des professionnels de santé

L'expérience de ces femmes avec les professionnels de santé est plutôt satisfaisante « *l'accouchement s'est très bien passé, même en terme de couple de femmes, je trouvais que B a été très bien accueillie, même chez la sage-femme* », « *pour moi c'était parfait, je pense qu'elle avait bien compris que la présence de ma femme m'apaisait* », « *même au moment de l'accouchement, la sage-femme qui m'a accouchée nous a proposé énormément de choses par rapport à notre couple, au fait qu'on soit deux femmes, et j'ai trouvé ça génial* », « *l'équipe a été top, juste après les jours qui ont suivi etc ils ont été hyper bienveillants* ».

Même si quelques membres du couple se sont livrés sur des maladresses émises par des professionnels de santé : « *elle a eu des difficulté à savoir comment parler de moi, elle a parlé de moi en disant « ce n'est pas la maman » dans le sens c'est pas la*

maman qui accompagne » admet un des couples, « je gardais en tête le fait qu'on m'a dit de pas avoir d'orgasme pendant la grossesse et c'était hyper frustrant, c'était juste frustrant », « faut arrêter de penser qu'on utilise tout le temps des gode ceinture », « ou l'inverse, se dire que c'est juste de la masturbation et des trucs comme ça. C'est vrai que du coup fatalement les conseils qui nous sont donnés ne sont pas applicables comme ceux qu'on peut donner aux autres couples », « il y a des conseils qui sont d'une évidence sans nom, on nous a dit « si vous utilisez des sex-toys pensez à les désinfecter, couper vous les ongles » » se confie un autre couple.

Le sujet de la sexualité des couples n'a, en général, pas été abordé par les professionnels de santé ni pendant la grossesse ni dans le post-partum *« pas du tout *rires* ma gynéco m'a juste demandé si j'avais besoin de reprendre la pilule et puis elle s'est reprise elle m'a dit « bah non » », « personne ne nous a parlé du après en fait. Du coup je pense qu'on s'est un peu débrouillées nous-même. Dans le sens où on teste aussi enfin, si ça se trouve on aurait pu reprendre tout ce qui était interne plus tôt », « l'étudiant m'a juste fait le test pour savoir s'il fallait de la rééducation ou pas. A part ça je n'ai pas eu de question, enfin si juste si tout se passait bien et comme je trouvais que tout se passait bien on n'a pas développé », « on m'en n'a pas parlé, c'est même la sage-femme de la rééducation qui m'a parlé de contraception, mais je pense qu'on a le meilleur moyen de contraception qui existe *rire* », « on ne nous a pas posé de question, donc c'est vrai que naturellement on va pas en parler nous ». Si ce n'est pour un des couples « je sais plus exactement ce qu'elle m'avait dit mais la sage-femme m'en avait parlé. Je n'arrive plus à m'en souvenir mais en gros elle m'a dit : « ne laisse pas B partir parce que tu penses trop à ta fille » ».*

Certaines femmes n'ont pas été dérangées par cela quand on leur a posé la question *« non parce que le plus gros souci c'était vraiment pas un manque de désir pour B, c'était un blocage psychologique par rapport à la petite », « je n'ai pas ce rapport là avec ma gynéco, ça ne m'a pas dérangé ». Mais dans l'ensemble, les femmes auraient aimé que les professionnels de santé ouvrent une fenêtre pour qu'elles puissent s'exprimer sur le sujet « j'en ai parlé avec la sage-femme qui a fait la rééducation du périnée, et pour le coup j'étais contente qu'elle pose la question et de lui parler du désir sexuel qui ne revenait pas trop », « on se renseigne sur les groupes (Facebook), on échange et puis voilà quoi », « j'aurais aimé mais sur tout le parcours en fait, parce que finalement c'est pas du tout abordé dans le parcours et quand on*

ose poser des questions sur la sexualité, ce qui n'est déjà pas simple, ça reste très hétéronormé. En nous disant qu'il ne faut pas de pénétration et nous on se dit « ok mais il n'y a pas que ça dans la vie » donc on ne sait pas trop où se positionner », « c'est vrai que ça aurait été intéressant qu'on nous pose la question je trouve. C'est sûr que ça aurait pu faire partie d'une prise en charge globale ».

IV. Discussion

1) Évaluation de la reprise des rapports sexuels des couples lesbiens dans le post-partum

En résumé de notre étude, la communication des couples qui ont été interrogés, de manière générale et autour de la sexualité nous a semblé plutôt satisfaisante. Les couples ont presque tous abordé le sujet et su s'adapter aux modifications engendrées par l'accouchement et l'accueil d'un enfant dans leur foyer. Le délai de reprise des rapports est hétérogène au sein des couples mais la manière de les reprendre est plutôt similaire. C'est la femme qui a accouché qui exprime la nécessité d'avoir besoin de temps pour trouver l'espace psychique pour intégrer la sexualité dans leur nouveau quotidien et pour que le désir revienne. Celles qui n'ont pas accouché ne semblent, pour la plupart, pas faire face à une problématique de désir. Une grande part de fatigue et de manque de temps, ressenti de manière similaire chez les deux parents, expliquerait la modification de la sexualité de ces couples dans le post-partum.

Aucune des femmes interrogées ne semble souffrir de dysfonctionnement sexuel au niveau de la qualité de son excitation (lubrification). La fréquence ainsi que la satisfaction ressentie par les orgasmes semblent également peu modifiées. Il n'y a pas eu de notion de dyspareunie chez les femmes qui ont accouché parmi ces couples, mais la plupart ont parlé d'une appréhension de la douleur. La satisfaction sexuelle au moment de la reprise des rapports est globalement bonne. Les modifications de la sexualité comme l'absence de pénétration dans les premiers rapports ou l'impact de l'allaitement semble peu influencer la satisfaction du couple. Cependant, l'absence de désir chez la mère qui a accouché a une influence sur celle qui n'a pas accouché. Bien que, dans l'ensemble, ces femmes semblaient être très à l'écoute de leur conjointe, elles expriment une appréhension de faire mal au moment de la reprise des rapports. La fréquence des rapports sexuels est abaissée pour ces couples dans le post-partum, sauf pour un couple où elle a été augmentée par rapport à la grossesse.

Ainsi, notre hypothèse de recherche semble se confirmer chez les couples que nous avons interrogés en ce qui concerne la bonne communication et la satisfaction sexuelle des couples. Il est possible que l'image positive du corps féminin, présente chez la plupart de ces jeunes mères, ait contribué à la reprise plus sereine des

rapports. Quelques-unes des mères ayant accouché ont néanmoins exprimé certaines difficultés à faire face à l'image propre de leur corps, ce qui a pu faire obstacle à la reprise des rapports sexuels des couples dans le post-partum. Ce postulat n'avait pas été envisagé au départ. Aussi, les couples ont pu confirmer l'absence de problématique liée à la lubrification au moment de la phase d'excitation lors de la reprise des rapports dans le post-partum. Enfin, la modification de la sexualité de ces couples dans le post-partum semble fortement liée à des troubles physiques et psychologiques et nous avons pu constater que cet élément est le plus gros facteur à l'origine de dysfonction sexuelle chez les couples interrogés.

2) Les dysfonctions sexuelles et facteurs associés chez les couples interrogés

Parmi les cinq thématiques permettant de calculer l'indice de fonction sexuelle, c'est le désir qui semble être le plus impacté dans les couples lesbiens interrogés. Aussi, une étude sur la prévalence des dysfonctions sexuelles dans le post-partum des femmes en Malaisie réalisée en 2020 semble confirmer cette notion (25). Elle conclut que les troubles du désir sont les types de dysfonctions sexuelles les plus reportées par les femmes interrogées. Les raisons de la modification de la sexualité dans le post-partum qui reviennent le plus sont : la fatigue, le manque de temps, l'image du corps qui est modifiée et la difficulté à faire cohabiter la femme et la jeune maman. Dans la littérature, les raisons qui incitaient majoritairement les femmes à éviter les rapports sexuels étaient : la fatigue, le manque de sommeil, le manque de désir et le manque de temps (16).

On remarque qu'il y a très peu de notion de dyspareunie parmi les couples que nous avons interrogés dans notre étude. Alors que dans la littérature, de nombreuses études démontrent l'augmentation des dyspareunies dans le post-partum en comparaison avec le pré-partum (17,26–29) et 55% des femmes disent avoir eu des douleurs occasionnelles ou fréquentes lors de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement (16). Aussi, dans les cinq couples interrogés, aucun n'a fait face à un changement au niveau de la lubrification au moment des rapports. Pourtant, une étude réalisée sur la prévalence des problèmes liés à la lubrification des femmes dans le post-partum réalisée sur 150 femmes en Tunisie, démontre que 84% de ces femmes signalent divers niveaux de difficulté pour atteindre une lubrification satisfaisante au

moment des rapports après l'accouchement (30). Aussi, il a été démontré chez 420 femmes malaisiennes interrogées sur leur sexualité au moment du post-partum, que les problèmes de lubrification étaient les premières problématiques sexuelles auxquelles les femmes faisaient face dans le post-partum. Cela concernait 85,6% d'entre elles (25).

Les couples de notre étude ont tous repris les rapports avec du sexe non-pénétratif dans un premier temps « *au début on faisait attention de ne pas mettre de doigt, parce que j'avais peur de te faire mal et toi tu avais peur d'avoir mal* ». Cela ne semble pas avoir eu d'impact sur la satisfaction sexuelle de ces femmes qui sont globalement satisfaites de leur premier rapport dans le post-partum et quatre des cinq mères expriment avoir eu un orgasme au moins lors de ce premier rapport. Une méta-analyse de 59 études réalisées en Angleterre et en Allemagne entre 1950 et 1996 sur la sexualité de couples hétérosexuels dans le post-partum semble affirmer que la pénétration n'est généralement pas intégrée dans les premiers rapports (5,17). De plus, une revue systématique sur l'impact de la grossesse et l'accouchement sur les comportements sexuels, réalisée aux États-Unis affirme que le sexe oral et la masturbation sont les pratiques qui sont reportées par les couples interrogés dans les quatre premiers mois de post-partum (26).

De nombreuses études démontrent que pour les couples, la fréquence des rapports est réduite dans la période du post-partum (26). La fréquence de tout type de rapport « coïtal ou non coïtal » est réduite lorsqu'on compare les six mois du post-partum à avant la grossesse (5). Selon une méta-analyse réalisée sur 59 études, cette fréquence serait réduite pendant au moins un an après l'accouchement (23). Pourtant, une autre étude sur les changements de vie sexuelle après l'accouchement réalisée sur 113 femmes en Croatie en 2019 nuance ce propos. L'étude montre que 51,44% des femmes interrogées auraient la même fréquence de rapport qu'avant la grossesse, 33,9% auraient moins de rapports et 14,7% en auraient plus (16). En ce qui concerne les couples que nous avons interrogé la plupart ont verbalisé une baisse de fréquence des rapports « *on est passées d'une fois par semaine à une fois par mois* ». Un des cinq couples a, par contre, exprimé une augmentation de la fréquence des rapports au moment de la reprise : « *le mois d'après ou les deux mois qui ont suivi l'accouchement, j'ai eu une libido très forte* » a donc affirmé la mère qui a accouché. Il est important de

souligner que l'allaitement peut aussi avoir un réel impact négatif sur la fréquence des rapports sexuels dans le post-partum (31,32).

Aussi, notre étude permet de mettre en évidence que l'allaitement peut être une réelle problématique au sein des couples interrogés. Certains couples ont refusé l'allaitement car ils avaient peur de l'impact que ça pourrait avoir sur leur sexualité tandis que d'autres ont choisi le tire-allaitement pour cette même raison. Il a déjà été abordé dans l'introduction de notre recherche que l'allaitement pouvait avoir un impact négatif sur la sexualité des couples. Cela pourrait générer, dans certains cas, des troubles de l'excitation et du plaisir (2,6). Aussi, l'augmentation de la prolactine lors de l'allaitement peut engendrer une sécheresse vaginale et donc être un obstacle à une reprise des rapports confortable (7). Une notion d'exclusivité du sein au domaine de la sexualité impactant la sexualité des couples lesbiens dans le post-partum s'ajoute après notre entretien. Ainsi, c'est la peur de l'influence que pourrait avoir l'allaitement sur la sexualité des couples et la sexualisation du sein pour certaines mères qui a impacté le choix du type d'alimentation pour leur nouveau-né.

3) Les facteurs de dysfonctions sexuelles non-évalués

Parmi les nombreux facteurs qui peuvent engendrer des dysfonctions sexuelles chez les femmes ayant accouché, les facteurs psychologiques prennent une grande place. En effet, il est connu que l'impact psychologique que peuvent avoir la dépression, l'anxiété, le stress, les conflits conjugaux ainsi que les violences conjugales peuvent concrètement engendrer des dysfonctions sexuelles, encore plus dans la période de grande vulnérabilité qu'est le post-partum (25). Il nous semblait très important de souligner ces thématiques comme des facteurs de risques dans un premier temps de déséquilibre psychologique mais aussi de dysfonction sexuelle. Malheureusement, dans nos entretiens, tous les facteurs de risque de dysfonction sexuelle n'ont pas été clairement évalués, mais certains éléments ont pu ressortir lors du récit des couples sur leur vécu de l'accouchement.

A) La dépression du post-partum

La dépression du post-partum, qui touche 10 à 20% des jeunes mères, peut contribuer aux troubles de la fonction sexuelle (2,6). En effet, de nombreuses revues de la littérature énoncent à quel point la dépression du post-partum impacte sévèrement la vie sexuelle des couples dans le postpartum notamment en influençant sur le désir sexuel (5,17,31). Les femmes exprimeraient avoir moins d'intérêt sexuel, moins de désir et la fréquence des rapports semblerait être diminuée dans ces situations (17,27,29,33). De plus, la plupart des traitements antidépresseurs sont connus pour avoir des effets secondaires extrêmement délétères sur la sexualité en engendrant des dysfonctions sexuelles, en particulier un désir sexuel hypoactif. Ils pourraient affecter le désir, l'excitation et l'orgasme chez certaines femmes souffrant d'une dépression du post-partum nécessitant un traitement (29).

Pour éviter de s'éloigner du sujet au moment de l'entretien, la question de la dépression du post-partum n'a volontairement pas été concrètement posée. Cependant, il est important de notifier qu'au moins deux des femmes interrogées ayant accouché ont exprimé spontanément avoir souffert de dépression du post-partum ou en tout cas de difficultés psychologiques « *j'ai fait un choc post-traumatique en plus de la dépression du post-partum et je suis suivie du coup par une psy* » « *Ils nous avaient aussi proposé de voir la psychologue de la maternité, ce qu'on a fait. Et je sais que ma femme la voit encore* ».

B) Les violences conjugales

Les violences conjugales constituent un processus au cours duquel les agresseurs maintiennent une supériorité sur leur partenaire en ayant recours à la force, la menace, la contrainte ou à tout autre moyen de pression (34). Elles peuvent être verbales, physiques, sexuelles et psychologiques (35). On estime qu'en France, une femme sur dix, âgée de plus de 20 ans, est victime de violences (36). Concernant la grossesse, une étude réalisée en 2012 au Maroc sur 125 femmes, rapporte que 18,3% de femmes enceintes ont été victimes de violences conjugales. Pour 41% d'entre elles, les premiers épisodes de violences ont eu lieu pendant la grossesse et 34% des victimes signalaient une augmentation des violences pendant la grossesse (34). On comprend

ainsi que la grossesse elle-même est un facteur de risque et de vulnérabilité en matière de violences conjugales. Les femmes enceintes auraient un risque deux fois plus élevé d'être victimes de violences (35). Aussi, ce type de violences a une conséquence péjorative sur la santé des victimes et peut les suivre encore longtemps après que les violences aient cessé (36). Ainsi, des violences vécues appartenant au passé peuvent refaire surface au moment de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum : c'est la reviviscence traumatique (15).

Beaucoup des études réalisées sur les violences conjugales sont constituées avec des couples hétérosexuels. Il paraît donc compliqué de l'appliquer tel quel sur les autres types d'orientations sexuelles et de se baser de façon significative sur la prévalence de ces violences dans les couples que nous avons interrogé. Une thèse de philosophie réalisée sur les représentations sociales de la violence conjugale chez les couples de lesbiennes en 2008, confirme le manque de documentation sur le sujet (37). Cependant, cette thèse affirme que les violences conjugales au sein de ces couples est récurrente et qu'elle aurait tendance à augmenter avec le temps (37). De plus, il a été démontré que les causes sociales, à l'origine des violences, sont similaires dans les couples hétérosexuels et homosexuels (37). Ainsi, bien qu'évident, il semble donc important de souligner que les femmes que nous avons interrogées dans cette étude sont à risque d'être victimes de violences conjugales.

Les violences conjugales engendrent de graves conséquences sur la santé des victimes. Elles peuvent causer tension, peur, angoisse, culpabilité, honte, isolement. Au-delà de ces symptômes, elles peuvent être à l'origine de réelles pathologies : lésions traumatiques, troubles psychosomatiques, anxiété, troubles du sommeil, dépression et syndrome post-traumatique (36). Ces fortes répercussions psychologiques mènent à des troubles de la fonction sexuelle évidents (2). Aussi, une étude réalisée dans les Hauts-de-France en 2021 sur les conséquences des violences recensées chez les femmes victimes lors de consultation gynécologiques fait un lien entre les violences sexuelles et une faible estime de son corps ainsi que des dyspareunies (38).

Les violences conjugales et plus globalement les violences constituent un réel facteur de dysfonction sexuelle chez les femmes. Ce facteur de risque de dysfonction sexuel n'a pas été évalué dans nos entretiens, par soucis de concision, mais il

semblerait judicieux que ce sujet soit systématiquement abordé lors des consultations du post-partum.

C) Les violences gynécologiques et obstétricales

Dans le domaine légal, le terme de « violence obstétricale » n'est employé que dans trois pays : le Venezuela, le Mexique et l'Argentine (39). Cette notion est apparue en Amérique latine dans les années 2000 (40). Dans la loi vénézuélienne, la violence obstétricale se définit comme suit :

« L'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments, et la conversion de processus naturels en processus pathologiques. Cela entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de la capacité à décider en toute liberté en ce qui concerne leur propre corps et leur sexualité, ce qui influe négativement sur leur qualité de vie. »

En France, ce terme n'est apparu qu'en 2013 avec la juriste belge Marie-Hélène Lahaye qui initie un mouvement de libération de la parole des femmes via son blog qui prendra une grande ampleur. S'en suit une reconnaissance par l'État autour de 2018 avec un rapport institutionnel du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes donnant la voix aux femmes à travers des témoignages. Le rapport indique également que toutes les femmes peuvent être victimes de violences obstétricales mais certaines caractéristiques sociales peuvent augmenter le risque. Ces caractéristiques sont : l'âge, la classe sociale, l'origine socio-culturelle, l'orientation sexuelle, le handicap, la présence de certaines pathologies comme le VIH, le statut marital, la prostitution, la statut migratoire (40). Ainsi, de par leur sexualité, les femmes lesbiennes pourraient être d'autant plus touchées par les violences obstétricales d'après ce rapport.

Ces violences, comme toutes autres formes de violences, ont des conséquences sur la santé physique, mentale et sociale des victimes. Comme énoncé dans la loi vénézuélienne, elles peuvent entraîner « une perte d'autonomie, de capacité à décider en toute liberté en ce qui concerne son corps et sa sexualité ». Elles

peuvent engendrer une perte de l'estime de soi, un sentiment de culpabilité et/ou un état de stress post-traumatique chez les victimes. Le retentissement psychologique de ces violences peut altérer la vie de couple, ainsi que la vie sexuelle des victimes (40).

Ce facteur de risque majeur de dysfonction sexuelle a rapidement pu être évalué lorsque nous avons demandé aux couples de s'exprimer sur leur vécu de la grossesse et de l'accouchement. Dans le récit des femmes, aucun des couples ne parle de violence obstétricale subie. Il semble tout de même important de signaler que, bien qu'elle ne l'ait pas vécu comme une violence, une mère raconte « *L'interne m'a fait un toucher rectal sans me prévenir. C'était le petit truc auquel je me serais bien passée après 13h de travail* ». Bien que nous ayons, via ce questionnement, offert la possibilité aux couples de s'exprimer sur ce sujet, ce facteur a certainement mal été évalué car la question n'a pas été concrètement posée. Lors de la constitution du guide d'entretien, nous n'avons volontairement pas intégré le questionnement directement pour éviter d'alourdir l'entretien et rester sur la temporalité du sujet qu'est le post-partum.

4) La place du professionnel de santé dans la prise en charge

La place des professionnels de santé dans la prise en charge de la santé sexuelle, encore plus dans la période de la périnatalité est primordiale. Pourtant, lors des entretiens avec les couples, nous avons pu constater que très peu de couples ont été satisfaits de la prise en charge de leur santé sexuelle par les professionnels de santé. Le sujet a été très peu abordé en globalité.

« Finalement c'est pas du tout abordé dans le parcours (PMA) et quand on ose poser des questions sur la sexualité, ce qui n'est déjà pas simple, ça reste très hétéronormé. On nous disait qu'il ne fallait pas de pénétration et nous on se disait « ok mais il n'y a pas que ça dans la vie » donc on ne savait pas trop où se positionner ».

Au vu de la charge de travail et du manque de temps dont souffrent chroniquement les gynécologues et les sages-femmes, la priorité en consultation est souvent d'aborder la santé du point de vue obstétrical et pédiatrique. Ils se concentrent sur l'arrivée du bébé et le rôle de « bon parent » et des sujets comme ceux de la sexualité semblent abordés trop succinctement. Il est possible également que la peur d'une

maladresse, conséquence d'un manque de connaissance au sujet de la sexualité homosexuelle, soit un frein à aborder ce sujet. Pourtant, la sage-femme a un rôle déterminant à jouer sur ce sujet et dans cette période (41).

À la maternité, le sujet de la sexualité est limité à la prescription de contraceptifs et à temporalité de la reprise des rapports lors de la consultation de sortie, sans apporter d'informations pour aider la femme à se retrouver dans son intimité. Aussi, la littérature actuelle présente des lacunes sur ce thème donc les professionnels pourraient ne pas se sentir légitimes d'aborder le sujet, encore plus quand cela concerne une sexualité qui n'est pas la leur : quand le professionnel de santé est hétérosexuel et qu'il s'adresse à un couple homosexuel par exemple. Cela justifie l'intérêt de cette recherche et l'ouverture de la littérature sur le sujet au-delà des couples hétérosexuels.

Sans espace sain pour poser des questions et se livrer sur des éventuelles difficultés sexuelles, un grand nombre de couple se tournent vers internet pour trouver des réponses à leurs questionnements, réponses qui ne sont pas certifiées, peuvent être déformées, inadaptées voire totalement fausses (6).

A) Place de la sage-femme

Selon le référentiel métier des sages-femmes, la sage-femme a un vaste champ de compétences. Elle peut conduire une consultation prénatale, organiser et animer les séances de préparation à la naissance, pratiquer l'examen clinique de la mère et du nouveau-né dans le post-partum et réaliser une consultation de suivi gynécologique et de prévention. Dans chacune de ces situations, la sage-femme peut aborder le sujet de la santé sexuelle et faire de la prévention autour de la sexualité (42).

Le plan de périnatalité 2005-2007 a mis en place l'entretien prénatal précoce. Cet entretien a pour but d'améliorer la morbidité et la mortalité dans la périnatalité française. Le rapport de la mission Puech-Bréart-Rosé a mis en évidence le fait que la prise en charge physique ne suffisait plus pour améliorer la morbidité et la mortalité dans la périnatalité, il faut investir dans la prise en charge émotionnelle et relationnelle. C'est un entretien médico-psycho-social complet avec, si possible, le couple de futurs parents. Le plan de périnatalité souhaite, avec cet entretien, une meilleure prise en compte des dimensions psychologiques dans le vécu de la grossesse. C'est pourquoi

y aborder la sexualité du couple et les problématiques auxquelles le couple fait face ou va faire face a totalement sa place dans cet entretien. Il est systématiquement proposé à toutes les femmes et réalisé par une sage-femme qui pourra faire le lien, si besoin, avec d'autres professionnels (43).

La préparation à la naissance (PAN) émerge également du plan de périnatalité 2005-2007. Les séances de PAN ont pour objectif de préparer le couple à la naissance et à l'accueil de leur enfant au moyen de séances adaptées aux besoins de chaque future mère et son coparent, elles permettent d'accompagner les couples et de les soutenir par des informations et des repères. C'est un autre moment qui est propice à échanger sur la sexualité du couple s'il en éprouve le besoin, informer et répondre aux éventuelles questions. À ce moment-là, il est important d'intégrer au maximum le coparent. Cela permettra d'informer les deux membres du couple de la même manière. La sage-femme donnera une information adaptée, car la satisfaction sexuelle dans le post-partum dépend de la sexualité pendant la grossesse mais aussi de la pertinence des conseils perçus par le couple (41,44).

Evidemment, il est toujours possible d'échanger sur le sujet de la sexualité avant l'accouchement avec la patiente, si elle en éprouve le besoin à l'occasion d'une simple consultation prénatale, en lui notifiant simplement notre disponibilité en cas de question ou de difficulté ressentie.

Aussi, dans l'idéal, le sujet de la sexualité du couple devrait être abordée lors de la consultation du post-partum avec le professionnel de santé qui a suivi la patiente pendant la grossesse. Mais la réalité est qu'en 20 à 30 minutes de consultation, il devient très compliqué de pouvoir aborder correctement la sexualité en plus de tous les innombrables questionnements autour de la parentalité qui submergent le jeune couple dans le post-partum. Cela explique pourquoi, la majorité des couples que nous avons pu interroger n'ont pas abordé la question de la sexualité avec le professionnel de santé qu'ils ont vu lors de la consultation du post-partum.

Enfin, dans le but de palier aux carences dans l'accompagnement post natal, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande en 2014 ainsi que le rapport du Haut Conseil à l'Égalité en 2018 la mise en place d'un entretien spécifique dans le post-partum « l'entretien post natal précoce ». Cet entretien, pratiqué par une sage-femme ou un médecin, se déroule entre la 4^e et la 8^e semaine du post-partum et est

exclusivement dédié à l'écoute des besoins et des attentes des parents (45). Cela permet d'anticiper certains sujets qui auraient pu être abordés lors de la consultation du post-partum afin d'améliorer la prise en charge psychologique des femmes en leur consacrant plus de temps pour s'exprimer sur leur vécu. Intervenir à petite distance de la naissance permet de diagnostiquer des potentielles difficultés et de proposer des solutions précoces pour éviter que les situations ne se détériorent. Si cela est nécessaire, aborder la santé sexuelle, les angoisses et questionnements qui peuvent transiter autour de la reprise des rapports et faire de la prévention autour de celle-ci a tout à fait sa place dans cet entretien (46).

B) Rééducation périnéale

Les soins du périnée et la rééducation périnéale font partie intégrante des soins qui participent à la bonne santé sexuelle des patientes dans le post-partum. La France est l'un des seuls pays d'Europe qui rembourse les séances de rééducation du périnée aux femmes qui en ont besoin.

Dans la littérature française, il n'existe pas de preuve démontrant que la rééducation périnéale diminue la prévalence des douleurs périnéales et des dyspareunies dans le post-partum. Cependant une étude brésilienne montre qu'il y a une amélioration significative des dyspareunies des femmes interrogées selon l'EVA et le McGill Pain Index des femmes qui ont pratiqué le Thiele massage. L'étude brésilienne a été réalisée sur une technique précise et un petit échantillon de femmes. Il est alors compliqué de considérer l'étude comme une réelle preuve d'efficacité de la rééducation du périnée dans l'amélioration des dyspareunies (47,48). Lors de ces séances, le professionnel de santé (sage-femme ou kinésithérapeute) peut tout de même proposer des solutions à ces femmes : préconiser un gel lubrifiant, proposer le massage vaginal et cicatriciel, apprendre la relaxation du périnée et proposer des positions facilitant une pénétration moins douloureuse (49).

Malgré cela, la rééducation périnéale participe à une réappropriation du corps. Cela peut répondre à la problématique de l'image du corps qui a été modifiée par la grossesse et l'accouchement et permettre à la femme de redécouvrir son nouveau

corps. Cette reconnexion au corps peut réveiller le désir sexuel qui est fortement impacté dans le postpartum (6,47).

C'est aussi un moyen pour la sage-femme d'aborder le sujet de la sexualité et d'apporter des réponses aux couples qui se posent des questions. Ça a été le cas pour une des patientes interrogées dans les entretiens qui a pu se confier sur ses problématiques liées au désir et qui a pu être rassurée par la sage-femme.

« j'en ai parlé avec la sage-femme qui a fait la rééducation du périnée, (...) et c'est elle qui a posé la question. Et pour le coup j'étais contente qu'elle pose la question et de lui parler du désir sexuel qui ne revenait pas trop. C'est elle qui m'a aussi dit que ça pouvait être lié aux hormones de l'allaitement et ça m'a beaucoup déculpabilisée en fait. Un truc très français, misogyne et psychanalytique est de se dire que c'est dans la tête des femmes, c'est aussi dans nos hormones, c'est biologique et on n'est pas obligées de culpabiliser. Ça m'avait fait du bien de le voir autrement ».

C) Accompagner les couples autour de leur sexualité

L'arrivée d'un enfant est un bouleversement qui impacte fortement le couple. La mère qui porte l'enfant subit des changements physiques, psychologiques. Il apparaît aussi tout un remaniement psychosocial dans le couple. Il a été démontré que plus le couple est stable, mieux il affrontera l'épreuve de la parentalité. Le professionnel de santé qui intervient autour de la maternité a pour rôle de soigner, de prévenir, d'éduquer. Il intervient dans une prise en charge globale de la santé, et la question de la sexualité en fait partie (6). Dans cette dimension, le professionnel de santé peut intervenir lors des cours de préparation à la naissance, à la maternité, lors des visites post-natales à domicile, lors de la consultation du post-partum ou lors de l'entretien post-natal (6).

Aborder ces sujets avec un couple hétérosexuel ou homosexuel ne devrait pas poser de problème au professionnel de santé s'il est suffisamment formé à aborder la question de la sexualité. Samantha Granelli, sage-femme sexologue, délivre dans le dossier d'obstétrique des conseils aux professionnels de santé pour aborder la sexualité dans le post-partum (6). À cela s'ajoutent les recommandations de Chantale Fabre-Clergue qui est une autre sage-femme sexologue (41). On remarque alors que

les conseils que l'on donne aux professionnels s'adressant aux couples hétérosexuels pour la prise en charge des dysfonctions et problématiques sexuelles, sont pour la plupart tout autant applicables aux couples homosexuels.

- **Questionner** : Poser des questions permet d'offrir la possibilité à la femme ou au couple de se confier s'ils en ont besoin.
- **Écouter** : Cela représente une grande partie de la prise en charge, cela permet aux patientes de poser des mots pour prendre de la distance face à la situation qui lui pose problème ou non (6).
- **Informier** : Aborder le sujet et informer est une nécessité. Certaines femmes pensent qu'il faut attendre l'autorisation de leur professionnel de santé à la visite du postpartum pour pouvoir reprendre les rapports sexuels. Le professionnel doit pouvoir apporter des connaissances sur la sexualité féminine ou masculine en continuant à se former sur le sujet et en gardant l'esprit ouvert. Lors de la reprise des rapports, il faut savoir repenser la sexualité et ne pas se précipiter. Le professionnel peut proposer au couple de changer leurs positions, il peut parler de masturbation et de sexe oral en rappelant que la sexualité n'est pas uniquement pénétrative. Il faut que la femme qui a accouché se laisse le temps de redécouvrir son corps (6,41).
- **Renseigner** : Si la femme est prévenue des potentiels changements psychologiques et physiques qu'elle peut subir lors du post-partum, elle les vivra beaucoup plus sereinement et en connaissance de cause. Le manque d'information est l'une des raisons premières à l'insatisfaction sexuelle dans le post-partum. 85% des conjoints pensaient qu'ils conserveraient la même sexualité selon une étude interrogeant 200 jeunes pères sur la reprise de la sexualité dans le post-partum. Aussi, la prévention permettra de lever les idées reçues (6,41).
- **Recadrage cognitif** : La priorité pour le couple, est d'instaurer une bonne communication pour atteindre une sécurité affective et émotionnelle. C'est le coparent, à travers son regard qui aidera la mère à reconstruire une image positive de son corps. La sexualité est un des piliers du couple, c'est un moment qui permet au couple « parent » de se retrouver et de rester « amant ». Échange, complicité et dialogue participent grandement à l'épanouissement du

couple. Cette solidité conjugale permettra au couple de développer individuellement leurs compétences parentales (6,41).

- **Conseiller** : En tant que professionnel de santé, la santé sexuelle étant un élément important dans la santé physique et psychologique, il est possible de donner des conseils et de rassurer les patient(e)s qui se confient à nous au sujet de leurs difficultés sexuelles. Il est essentiel de leur conseiller de préserver un temps de qualité afin que le couple puisse se retrouver, se connecter émotionnellement et rendre possible une communication sexuelle. Le professionnel peut, en consultation, si la patiente le sollicite, conseiller de faire du peau à peau avec son ou sa partenaire pour recréer une connexion. Le ou la conjointe est encouragé(e) à « toucher » sa femme et à la bercer. Aussi, on peut recommander au couple qui fait face (ou non) à des dyspareunies ou à des troubles de la lubrification, l'usage de lubrifiants. Cela pourrait apporter ponctuellement une solution et éviter au couple d'utiliser des produits qui pourraient avoir des conséquences délétères sur leurs organes génitaux (41). Il est important aussi d'aider les couples à comprendre l'importance de leur bien-être physique et psychique dans le désir sexuel, et dans ce sens les aider à trouver de l'aide, à déléguer certaines tâches familiales pour se reposer.
- **Réorientation** : Il est de la responsabilité du professionnel de détecter les problématiques sexuelles et de réorienter vers un professionnel spécialisé quand il n'est plus capable de prodiguer une bonne prise en charge. Il se peut que l'un des membres du couple éprouve des difficultés à retrouver une sexualité épanouie et exprime des dysfonctions sexuelles persistantes. Certains symptômes comme la vulvodynie, le vaginisme, les dyspareunies nécessitent une consultation chez un spécialiste. Le professionnel de santé doit s'abstenir de donner des conseils quand il ne se sent pas qualifié et se doit de réorienter vers un sexologue s'il pense que cela est nécessaire (6,41).

5) Limites méthodologiques

Malgré la volonté de représenter une partie de la population qui l'est peu, notre étude comporte des limites.

L'une des premières limites est le nombre de participants bien que suffisant pour réaliser une étude qualitative, nous ne sommes pas parvenus à saturation des données. Il est compliqué d'obtenir une représentativité générale alors que nous n'avons interrogé que 5 couples. Mais la réalité des faits est que tout le monde n'est pas forcément à l'aise de parler de sexualité, ce qui limite nos participations. À cela s'ajoute la temporalité choisie qu'est la période du postpartum, qui est une période où les jeunes parents sont très occupés et ont peu de temps à accorder à autre chose qu'à leur vie privée. Autrement dit, ils ont peu de temps à accorder à un entretien de recherche. De plus, l'entretien devait avoir lieu dans les deux ans qui suivaient l'accouchement pour obtenir des données plus fidèles à la réalité mais qui a éliminé la sélection de certains couples qui étaient volontaires mais pour qui le délai d'accouchement était trop éloigné. Enfin, les jeunes parents de sexualité lesbienne sont peu nombreux en France par rapport aux parents hétérosexuels, il est alors plus compliqué pour nous d'entrer en contact avec eux pour les interroger.

Dans un second temps, pour évaluer la fonction sexuelle des couples, avec une méthode qualitative, nous avons pu constater la sexualité de ces couples que par leurs témoignages au moment du postpartum mais nous n'avons pas de point de comparaison réel avec leur sexualité avant la grossesse. Dans le guide d'entretien, nous avons essayé de rester vigilants dans notre manière d'orienter les questions, afin de constater la santé sexuelle des couples à un instant t choisi qu'est le post-partum sans considérer leur santé sexuelle avant la grossesse. Ce qui pourrait être un facteur intéressant à prendre en compte.

Dans un troisième temps, nous avons fait un choix délibéré qui influence peut-être nos résultats et qui est d'interroger les deux membres du couple en même temps. Notre intérêt était celui de permettre une obtention de données la plus fidèle à la réalité possible, de par les deux points de vues apportés, ainsi que de permettre aux membres du couple de s'exprimer librement car soutenus par leur conjointe. Nous sommes partis du principe que les couples de jeunes parents, partageant une intimité, ont peu de choses à se cacher sur cette même intimité. Mais cela est à nuancer car il

demeure beaucoup de couples pour qui parler, être capable d'analyser et communiquer sur sa sexualité, est tabou. Aussi, c'est un sujet complexe qui peut toucher la sensibilité d'un des membres s'il se sent visé dans un des sujets abordés lors de l'entretien. Peut-être que des entretiens séparant les deux membres du couple généreront des résultats différents en soulevant d'autres problématiques ou en obtenant des réponses plus « honnêtes ».

De plus, la notion de Procréation Médicalement Assistée (PMA) dans le couple n'est pas à ignorer. Une étude portant sur la sexualité de couples hétérosexuels pendant la grossesse issue de PMA montre que 75% des femmes et 70% des hommes présentent les critères d'une sexualité en souffrance (50) . Même si cela n'a pas la même signification que dans un couple hétérosexuel car il n'y a pas de notion de dysfonction reproductive mais plutôt d'incapacité reproductive connue (en l'absence de PMA), cela peut avoir un impact sur la sexualité de ces couples. L'importance de la médicalisation et les gestes invasifs de ce type de procédure peut atteindre la sexualité des couples. La grossesse est « précieuse » car difficile à obtenir, en vue des procédures auxquelles le couple a dû faire face, ainsi cela rajoute une notion d'anxiété qui peut avoir une forte influence sur la santé mentale du couple et aussi sur leur sexualité.

Enfin, toutes les patientes interrogées étaient des primipares. Peut-être que cette notion influence les résultats obtenus. Un effectif plus large de participants aurait permis une meilleure représentativité de tous les profils de parents.

6) Perspective d'étude complémentaire

Nous avons pu constater, lors de notre recherche, l'impact de l'accouchement sur la sexualité des couples lesbiens dans le post-partum.

Dans une perspective d'étude complémentaire, il serait intéressant d'étudier l'impact de l'apparition de la parentalité sur la sexualité des couples homosexuels masculins qui auraient eu accès à la parentalité à travers l'adoption ou la Gestation Pour Autrui (GPA). En effet, nous avons pu comprendre que les modifications qui ont lieu dans la sexualité au sein des couples que nous avons interrogé sont fortement liées à l'apparition de la notion de parentalité dans leur vie. Ces facteurs-là, pourraient

donc aussi impacter les jeunes parents homosexuels masculins. De plus, lors de notre sélection des couples, nous avons eu le retour d'un des parents adhérents à l'APGL qui avaient eu accès à la GPA au Canada et pour qui la naissance de leur enfant, avait eu un impact sur la sexualité de leur couple.

Pour aller plus loin dans cette recherche et aller au-delà de la limite d'effectif portée par notre étude, il serait intéressant de réaliser une étude quantitative sur la sexualité des couples lesbiens dans le post-partum. Cette étude pourrait se baser sur les problématiques sexuelles auxquelles les parents ont dit avoir fait face dans notre étude pour orienter le questionnaire. Conserver les thématiques du questionnaire FSFI tout en le rendant plus inclusif serait intéressant. Ainsi, avoir des données chiffrées en interrogeant un plus grand nombre de couples nous permettrait d'avoir du recul sur la fiabilité des données obtenues. Aussi, cela permettrait d'avoir une évaluation plus globale de la sexualité des couples lesbiens dans le post-partum et une détermination chiffrée sur le principal domaine et facteur de dysfonction sexuelle. Pour que cela soit réalisable, il faudrait réaliser une étude de plus grande envergure avec des délais étendus.

V. Conclusion

Dans ce mémoire, nous avons voulu évaluer l'impact que pouvait avoir l'accouchement sur la sexualité des couples lesbiens dans la période du post-partum. Via une étude qualitative, grâce à la mise en place d'entretiens semi-dirigés avec cinq couples de parents lesbiens, nous avons pu évaluer la reprise des rapports sexuels de ces couples. La communication des couples de manière générale et autour de la sexualité nous a semblé plutôt satisfaisante. La satisfaction sexuelle, elle-même, au moment de la reprise des rapports est globalement bonne. La fréquence ainsi que la satisfaction ressentie par les orgasmes semblent peu modifiées. Aucune des femmes interrogées ne semblent souffrir de dysfonctionnement sexuel au niveau de la qualité de son excitation (lubrification). Il n'y a pas eu de notion de dyspareunie chez les femmes qui ont accouché parmi ces couples, mais la plupart ont parlé d'une appréhension de la douleur. Le délai de reprise des rapports est plutôt hétérogène au sein des couples. Les femmes qui ont accouché expriment un besoin de temps pour trouver l'espace psychique afin d'intégrer la sexualité dans leur nouveau quotidien et que le désir revienne et celles qui n'ont pas accouché ne semblent pas faire face à des problématiques de désir.

Aussi, nous avons pu dégager des entretiens différents facteurs de dysfonctions sexuelles. Les raisons de la modification de la sexualité dans le postpartum qui sont le plus revenues chez les couples sont : la fatigue, le manque de temps, l'image du corps qui est modifiée et la difficulté à faire cohabiter la femme et la jeune maman. Le désir est, parmi les cinq thématiques (désir, excitation, orgasme, satisfaction sexuelle et douleur) permettant de calculer l'indice de fonction sexuelle, celui qui semble être le plus dysfonctionnel dans les couples lesbiens interrogés. L'excitation, l'orgasme, la satisfaction sexuelle et la douleur ont semblé peu impactés. Cependant, notre étude a permis de mettre en évidence que l'allaitement peut apparaître comme une réelle problématique, entrant en compte dans la sexualité, au sein des couples interrogés.

Enfin, nous avons profité de ces entretiens pour évaluer la prise en charge des couples autour de la sexualité par les professionnels de santé qui les ont suivis pour ces événements de vie majeurs que sont la grossesse et l'accouchement. L'expérience de ces femmes avec les professionnels de santé qu'elles ont pu rencontrer dans leur parcours obstétrical est plutôt satisfaisante. Cependant, le sujet

de la sexualité des couples n'a, en général, pas été abordé par les professionnels de santé pendant la grossesse ou dans le postpartum.

À l'issue du travail réalisé, il est important de notifier que les éléments mis en avant dans cette étude ne représentent que cinq couples de parents lesbiens et qu'aucune généralité à la sexualité lesbienne ne peut être faite. Il serait intéressant d'étendre la visibilité de tous les schémas parentaux lors de la réalisation d'études sur les sujets qui gravitent autour de la périnatalité et la parentalité. Ce mémoire avait pour fonction première de participer à la représentation d'une sexualité encore sous-représentée dans la littérature actuelle, afin d'améliorer la prise en charge de cette partie de la population. Il est important, pour tout bon professionnel de santé, de continuer à évoluer et à se remettre en question en gardant le bien-être du patient au cœur de sa profession.

VI. Bibliographie

1. Giami A. Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. *Communications*. 2007;81(1):135-51.
2. Conn A. Présentation des troubles de la fonction sexuelle chez la femme - Problèmes de santé de la femme. *Manuels MSD pour le grand public*. 2023.
3. OMS. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* . 2023.
4. Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
5. Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sex Reprod Healthc*. déc 2021;30:100668.
6. Granelli S. Dialogue de l'obstétrique : la sexualité avant et après l'accouchement, on en parle ? *Doss Obstétrique*. déc 2021;(N°518):33-8.
7. Banaei M, Azizi M, Moridi A, Dashti S, Yabandeh AP, Roozbeh N. Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev*. 5 juill 2019;8:161.
8. Centre National de Ressources Textuelles Lexicales. *POST-PARTUM : Définition de POST-PARTUM*. 2012.
9. Paladine HL. *Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester | AAFP*. 2019.
10. SPF. *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir*. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015.
11. Kammerer B, Delacroix C. Les nouveaux défis des jeunes parents. *Ecole Parents*. 14 avr 2021;639(2):28-34.
12. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sex Med*. 16 déc 2019;8(1):8-13.
13. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Prog En Urol*. juill 2013;23(9):811-21.
14. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208.
15. Masson E. Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance des abus sexuels subis pendant l'enfance [Internet]. *EM-Consulte*.
16. Solja H. *CHANGES IN SEX LIFE AFTER CHILDBIRTH*. 10 oct 2019;7(1):4.
17. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*. 1 juill 1999;47(1):27-49.

18. Gratton E. La conjugalité gay et lesbienne et ses rapports avec la sexualité et la parentalité. Érès; 2020.
19. Gouvernement. Le mariage pour tous. Gouvernement.fr. 2021.
20. LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (1). 2021-1017 août 2, 2021.
21. L'obs. PMA pour toutes : une première FIV à Nancy pour un couple de femmes. L'Obs. 2021.
22. Grabski B, Dora M, Iniewicz G, Mijas M, Müldner-Nieckowski Ł. The character of sexual function of women who have sex with women. *Psychiatr Pol.* 29 déc 2018;52(6):1075-85.
23. Neal C, Davies D, éditeurs. *Issues in therapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients.* Buckingham ; Philadelphia: Open University Press; 2000. 202 p.
24. Armstrong HL, Reissing ED. Women who have sex with women: a comprehensive review of the literature and conceptual model of sexual function. *Sex Relatsh Ther.* 1 nov 2013;28(4):364-99.
25. Khalid NN, Jamani NA, Abd Aziz KH, Draman N. The prevalence of sexual dysfunction among postpartum women on the East Coast of Malaysia. *J Taibah Univ Med Sci.* déc 2020;15(6):515-21.
26. Jawed-Wessel S, Sevick E. The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *J Sex Res.* 13 juin 2017;54(4-5):411-23.
27. Johnson CE. Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum (CME). *J Sex Med.* 1 mai 2011;8(5):1267-84.
28. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecology J.* 1 janv 2014;25(1):5-14.
29. Leeman LM, Rogers RG. Sex After Childbirth: Postpartum Sexual Function. *Obstet Gynecol.* mars 2012;119(3):647.
30. Mbarki W, Bettaieb H, Frikha M, Abidi I, Halouani S, Boufarguine R, et al. Prevalence of and risk factors associated with vaginal lubrication issues in women at 6 months postpartum. *J Sex Med.* 1 mai 2022;19(5, Supplement 2):S232.
31. Jawed Wessel S, Sevick E. The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review [Internet]. 2017 [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/00224499.2016.1274715?needAccess=true&role=button>
32. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sex Med.* 16 déc 2019;8(1):8-13.
33. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 août 2009;145(2):133-7.
34. Boufettal H, Majdi F, Belhouss A, Mahdaoui S, Noun M, Hermas S, et al. Violence conjugale chez les femmes enceintes. *Rev Médecine Légale.* mai 2012;3(2):72-8.

35. Argenteil A, Martin C, Robin G, Catteau-Jonard S. Violences verbales, physiques et sexuelles faites aux femmes. Étude en consultation de gynécologie dans la région des Hauts-de-France. *Sexologies*. sept 2021;30(3):206-19.
36. Lebas J, Morvant C, Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. *Bull Académie Natl Médecine*. juin 2002;186(6):949-61.
37. Thibault S. Les représentations sociales de la violence conjugale chez les couples de lesbiennes : points de vue d'actrices sociales qui contribuent à leur construction. McGill University; 2008.
38. Bonnet F. Violences conjugales, genre et criminalisation : synthèse des débats américains. *Rev Fr Sociol*. 2015;56(2):357-83.
39. Lévesque S, Bergeron M, Fontaine L, Rousseau C. La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle¹. *Rech Féministes*. 25 juill 2018;31(1):219-38.
40. Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique*. 2021;33(5):629-34.
41. Fabre-Clergue C, Duverger-Charpentier H. Sexualité du postpartum. *Rev Sage-Femme*. déc 2008;7(6):301-4.
42. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. REFERENTIEL SAGES FEMMES. Jan 2010.pdf.
43. Isserlis C, Sutter-Dalay AL, Dugnat M. L'entretien prénatal précoce. In: Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce. Toulouse: Érès; 2008. p. 13-46. (Petite enfance et parentalité).
44. Haute Autorité de la Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité, recommandations professionnelles. Nov 2005.
45. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N, Guillaume S, et al. Entretien postnatal précoce - Préconisations pour la pratique clinique. 2022;
46. M.-H BIC Capgras Baberon D, Lefèvre A, Orliaguet. L'entretien postnatal précoce : une évidence ?!. *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*. 2018.
47. Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2015;44(10):1141-6.
48. Silva APM da, Montenegro ML, Gurian MBF, Mitidieri AM de S, Lara LA da S, Poli-Neto OB, et al. Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet*. janv 2017;39(1):26-30.
49. Galliac Alanbari S. Chapitre 5. Le post-partum. In: Rééducation périnéale féminine [Internet]. Paris: Dunod; 2019. p. 107-29. (Les nouveaux chemins de la santé).
50. Gamet ML. À propos d'une étude sur la sexualité des femmes et des hommes pendant la grossesse issue d'une Assistance médicale à la procréation (AMP). *Sexologies*. avr 2008;17(2):102-12.

VII. Annexes

1) Calcul FSFI (Female Sexual Index Function)

Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sexuelles au cours des 4 dernières semaines. Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

L'activité sexuelle peut comprendre caresses, préliminaires, masturbation ou pénétration vaginale.

Le rapport sexuel se définit comme la pénétration du pénis.

Ne cochez qu'une bonne réponse par question.

Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel (14).

1. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti du désir sexuel ?

- Presque toujours ou toujours (5)
- Souvent (plus de la moitié du temps) (4)
- Parfois (la moitié du temps) (3)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps) (2)
- Presque jamais ou jamais (1)

2. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau de désir sexuel ?

- Très élevé (5)
- Élevé (4)
- Modéré (3)
- Bas (2)
- Très bas ou inexistant (1)

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotements au niveau des organes génitaux, la lubrification du vagin ou des contractions musculaires.

3. Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement lors d'une activité sexuelle ou des rapports sexuels ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Presque toujours ou toujours (5)
- Souvent (plus de la moitié du temps) (4)
- Parfois (la moitié du temps) (3)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps) (2)
- Presque jamais ou jamais (1)

4. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau d'excitation sexuelle lors d'une activité sexuelle ou des rapports sexuels ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Très élevé (5)
- Élevé (4)
- Modéré (3)
- Bas (2)
- Très bas ou inexistant (1)

5. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Confiance très élevée (5)
- Confiance élevée (4)
- Confiance modérée (3)
- Confiance basse (2)
- Confiance très basse ou inexistante (1)

6. Au cours des 4 dernières semaines, étiez-vous satisfaite par votre degré d'excitation sexuelle lors d'une activité sexuelle ou des rapports sexuels ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Presque toujours ou toujours (5)
- Souvent (plus de la moitié du temps) (4)
- Parfois (la moitié du temps) (3)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps) (2)
- Presque jamais ou jamais (1)

7. Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié lors d'une activité sexuelle ou des rapports sexuels ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Presque toujours ou toujours (5)

- Souvent (plus de la moitié du temps) (4)
- Parfois (la moitié du temps) (3)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps) (2)
- Presque jamais ou jamais (1)

8. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point il a été difficile d'être lubrifiée lors d'une activité sexuelle ou des rapports sexuels ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Extrêmement difficile ou impossible (1)
- Très difficile (2)
- Difficile (3)
- Un peu difficile (4)
- Pas difficile (5)

9. Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin du rapport ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Presque toujours ou toujours (5)
- Souvent (plus de la moitié du temps) (4)
- Parfois (la moitié du temps) (3)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps) (2)
- Presque jamais ou jamais (1)

10. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de maintenir la lubrification de votre vagin jusqu'à la fin de l'activité ou du rapport sexuel ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Extrêmement difficile ou impossible (1)
- Très difficile (2)
- Difficile (3)
- Un peu difficile (4)
- Pas difficile (5)

11. Au cours des 4 dernières semaines, quand vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport, avez-vous atteint l'orgasme ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Presque toujours ou toujours (5)
- Souvent (plus de la moitié du temps) (4)
- Parfois (la moitié du temps) (3)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps) (2)
- Presque jamais ou jamais (1)

12. Au cours des 4 dernières semaines, quand vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport, à quel point était-il difficile d'atteindre l'orgasme ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Extrêmement difficile ou impossible (1)
- Très difficile (2)
- Difficile (3)
- Un peu difficile (4)
- Pas difficile (5)

13. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité ou un rapport sexuel ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Très satisfaite (5)
- Modérément satisfaite (4)
- Autant satisfaite qu'insatisfaite (3)
- Modérément insatisfaite (2)
- Très Insatisfaite (1)

14. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre proximité émotionnelle pendant vos activités sexuelles avec votre partenaire ?

- Pas d'activité sexuelle (0)
- Très satisfaite (5)
- Modérément satisfaite (4)
- Autant satisfaite qu'insatisfaite (3)
- Modérément insatisfaite (2)
- Très Insatisfaite (1)

15. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point étiez-vous satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

- Très satisfaite (5)
- Modérément satisfaite (4)
- Autant satisfaite qu'insatisfaite (3)
- Modérément insatisfaite (2)
- Très Insatisfaite (1)

16. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point étiez-vous satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

- Très satisfaite (5)
- Modérément satisfaite (4)

- Autant satisfaite qu'insatisfaite (3)
- Modérément insatisfaite (2)
- Très Insatisfaite (1)

17. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un inconfort ou une sensation douloureuse pendant la pénétration vaginale ?

- N'a pas été réalisé lors des rapports sexuels (0)
- Presque toujours ou toujours (1)
- Souvent (plus de la moitié du temps) (2)
- Parfois (la moitié du temps) (3)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps) (4)
- Presque jamais ou jamais (5)

18. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un inconfort ou une sensation douloureuse après la pénétration vaginale ?

- N'a pas été réalisée lors des rapports sexuels (0)
- Presque toujours ou toujours (1)
- Souvent (plus de la moitié du temps) (2)
- Parfois (la moitié du temps) (3)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps) (4)
- Presque jamais ou jamais (5)

19. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau d'inconfort ou de sensation douloureuse pendant ou après la pénétration vaginale ?

- N'a pas été réalisée lors des rapports sexuels (0)
- Très élevé (1)
- Élevé (2)
- Modéré (3)
- Bas (4)
- Très bas ou inexistant (5)

2) Lettre d'accréditation au Comité d'Éthique Régional (CER)



Madame **BATZENHOFFER Caroline**
1 place Kléber
67000 STRASBOURG

Eric FLAVIER
Président du comité d'éthique
pour la recherche

Strasbourg, le 13/07/2022
Objet : Décision du comité d'éthique pour la recherche (CER)
Référence dossier : 2022-20

Madame **BATZENHOFFER**, Chère collègue,

Affaire suivie par
David HAESSIG
Chargé d'appui au Comité
d'éthique pour la recherche
Direction de la recherche et de la
valorisation
david.haessig@unistra.fr
+33 (0)3 88 86 10 18

Vous avez déposé le projet intitulé « Impact de la grossesse et de l'accouchement sur la sexualité des couples lesbiens dans le Grand-Est » pour évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg.

Le Comité d'éthique pour la recherche Unistra déclare par la présente :

que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

Unistra/CER/2022-20

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie dudit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

Université de Strasbourg
4 rue Blaise Pascal
CS 90032
F-67081 STRASBOURG cedex
Tel : +33 (0)3 88 86 00 00
www.unistra.fr

Le président du comité d'éthique pour la recherche,



Eric FLAVIER

Introduction : La sexualité s'intègre dans la prise en charge globale de la femme, lors de ce bouleversement qu'est la maternité. La grossesse, l'accouchement et le post-partum engendrent des conséquences physiques et psychologiques sur la santé des femmes ce qui impacte alors la sexualité des couples dans le postpartum. Cependant, la majorité des études qui montrent les dysfonctions sexuelles dans la période du post-partum sont constituées avec des couples hétérosexuels. Pourtant, le 3 août 2021 la loi bioéthique a élargi la PMA aux couples de femmes et aux femmes célibataires. Depuis peu et grâce à cette loi, les couples lesbiens qui avaient déjà une place dans les maternités seront désormais de plus en plus présents au sein de nos établissements. Nous pensons donc qu'il serait pertinent d'évaluer de quelle manière l'accouchement pourrait impacter la sexualité des couples lesbiens dans le postpartum.

Matériel et Méthodes : Pour répondre à notre problématique, nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés en couple, avec des parents lesbiens via des associations de parents gays et lesbiens. Nous avons constitué des entretiens plus adaptés à la sexualité lesbienne, en nous inspirant d'un questionnaire officiel validé qui permet de calculer la satisfaction sexuelle de la femme à l'aide d'un Indice de Fonction Sexuelle.

Résultats : Le trouble du désir apparaît comme domaine majoritaire de dysfonction sexuelle parmi les couples interrogés. L'excitation, l'orgasme, la satisfaction sexuelle et la douleur ont semblé peu impactés. Les raisons de la modification de la sexualité des couples sont : la fatigue, le manque de temps, l'image du corps qui est modifiée et la difficulté à faire cohabiter la femme et la jeune maman. L'allaitement est apparu comme une réelle problématique au sein des couples interrogés.

Discussion : La sexualité est un sujet sensible qui peut être rendue dysfonctionnelle sous l'influence de nombreux facteurs psychologiques, en plus des facteurs physiques, qu'il ne faut pas minimiser. La prise en charge de la santé sexuelle des couples et de certains facteurs de risque de dysfonction sexuelle par les professionnels de santé pendant la grossesse, à l'accouchement et dans la période du post-partum est primordiale. Il doit apprendre à s'adapter à tous les couples sans discrimination.

Mots clés : Sexualité, homosexualité féminine, lesbianisme, période du post-partum, post-partum.

