

Tabou de la sexualité en périnatalité : un défi pour les sages-femmes

Autor(en): **Lalanne, Fanny / Farine, Fabienne**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **116 (2018)**

Heft 11

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949547>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



Tabou de la sexualité en périnatalité: un défi pour les sages-femmes

La grossesse, l'accouchement et l'arrivée de l'enfant chamboulent l'intimité des couples. La périnatalité, avec les changements psychiques et physiques qu'elle entraîne, révolutionne et parfois même bouleverse la vie sexuelle des futurs parents. Que peuvent faire les sages-femmes pour aider les couples? C'est le sujet d'un travail de bachelors mené par deux étudiantes à la Haute école de santé de Genève.

TEXTE:
FANNY
LALANNE
ET
FABIENNE
FARINE

Jeunes adultes, futurs parents et parfois même parents aguerris, beaucoup s'inquiètent de l'impact d'une grossesse et de l'accouchement sur leur vie sexuelle. Pourquoi? Car la sexualité fait partie de notre quotidien et ses perturbateurs, quels qu'ils soient, intriguent et préoccupent. La sexualité n'est pas universelle, nous en sommes les apprentis·e·s¹ [1] et chaque expérience ou relation nous permet de développer cette dernière. L'arbitraire est donc impossible, il n'y a pas de juste ou de faux.

Le concept de santé sexuelle apparut en 1972 (Organisation mondiale de la santé, OMS), ne cesse d'évoluer et désormais, la sexualité est vue dans sa globalité et s'inscrit dans l'axe tridimensionnel «bio-psycho-social» (Engel, 1980). L'éducation sexuelle ne se cantonne plus aujourd'hui à la prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles. La sexualité est alors décrite comme une composante essentielle, voire fondamentale du développement et de l'épanouissement personnel de l'être humain (Weigand, 2013, p. 4).

Information sexuelle et tabou de la sexualité

La révolution sexuelle de la fin des années 1960 marque la différenciation entre activité sexuelle érotique et activité sexuelle procréatrice (Gianni, 2007, p. 57). La libération des mœurs permet la fin de la censure médiatique. La sexualité arrive au cinéma, dans la littérature et dans l'éducation (Van der Schueren, 2004, p. 27). Les sources de connaissances en sexualité se diversifient et ne se cantonnent plus à la religion ou à la famille. Que ce soit dans les magazines, à la télévision ou sur internet, le sexe est tous les jours un peu plus médiatisé et cette omniprésence expose les individus à toujours plus d'informations sexuelles.

Malgré sa place considérable dans les relations humaines et son caractère positif en santé, la sexualité reste en effet un sujet complexe et encore méconnu (Weigand, 2013, p. 34). Même si 86% des Français jugent la vie sexuelle comme indispensable à la réussite de leur vie de couple (Enquête BVA, 2000, p. 12), parler de

La sexualité renvoie une image mystérieuse, sacrée, secrète. Parler de sexualité c'est aussi parler de soi et de ses émotions.

sexualité reste difficile aussi bien dans les couples, qu'entre ami·e·s ou même avec les soignant·e·s. Comme l'explique Durkheim (1911), la sexualité renvoie une image mystérieuse, sacrée, secrète. Parler de sexualité c'est aussi parler de soi et de ses émotions. Bien qu'elle soit définie par les actes qu'elle inclut, l'expression de la sexualité dépend de la société dans laquelle les individus évoluent (Bozon et Giami, 1999).

Lorsqu'on parle de sexualité, on touche à l'intime et donc à l'affectif, aux sensations et à la personnalité. C'est de là qu'émerge toute la complexité de la sexualité et c'est de par sa subjectivité qu'il est difficile de l'aborder. Ainsi le tabou persiste (Weigand, 2013). Il protège l'intimité sexuelle mais peut alors empêcher de communiquer sur d'éventuelles difficultés sexuelles.

La sexualité en périnatalité

Si la reproduction fait écho à l'acte sexuel, la périnatalité elle, nous renvoie nécessairement à la vie sexuelle du couple. La sexualité en périnatalité interroge le plus grand nombre, et ce, souvent en secret. Les femmes enceintes s'observent passer de femme amantes à mères aimantes et tentent de comprendre leurs corps.

La santé sexuelle reste encore peu abordée à la maternité. Les gynécologues, les obstétricien·ne·s et les sages-femmes sont les soignant·e·s de la sphère privée et intime

des couples qu'ils-elles peuvent guider, conseiller et aider, leur permettant ainsi de mieux vivre cette étape de vie. Mais pour parler de sexualité il faut d'abord comprendre sa diversité et savoir reconnaître ses facteurs d'influence.

A travers l'analyse d'articles et grâce à des recherches complémentaires, nous avons pu mettre en évidence les fluctuations de la

La crainte de nuire à l'enfant, la peur d'une fausse couche ou d'une menace d'accouchement prématuré reviennent régulièrement comme raisons à la diminution de l'activité sexuelle.

sexualité des couples en périnatalité mais aussi ses principaux facteurs d'influence. La grossesse a une influence directe sur la fonction sexuelle qui, avec le désir sexuel, diminue progressivement au cours des trimestres. Les études relèvent trois grands freins de la sexualité:

- La diminution du désir sexuel (frein majeur);
- La réticence du partenaire² qui influence la satisfaction sexuelle des femmes et leur désir;
- La perception de la propre image corporelle, la peur de blesser le bébé et les sensations dues à la grossesse.

L'impact des craintes

Il est important de souligner l'impact des craintes liées à la sexualité pendant la grossesse. La crainte de nuire à l'enfant, la peur d'une fausse couche ou d'une menace d'accouchement prématuré reviennent régulièrement comme raisons à la diminution de l'activité sexuelle. Nous constatons alors que les raisons qui inquiètent le plus les femmes ne corrélaient presque jamais avec les faits avérés.

Von Sydow (1999) constate une baisse de la libido principalement aux premier et troisième trimestre mais il précise que pour certaines femmes la libido peut aussi augmenter au cours de la grossesse. Il est ainsi impossible de généraliser la sexualité des femmes enceintes et celle de leur partenaire. En effet, les variations hormonales touchent aussi les futurs pères. Une diminution de la testostérone et de l'œstradiol est constatée chez le partenaire durant la grossesse et au post-partum (Edelstein et al., 2014). Durant la grossesse, les futurs pères ne sont pas uniquement des spectateurs. Eux aussi s'interrogent et s'inquiètent.

Concernant la période du post-partum, nous avons également pu constater que l'impact du mode d'accouchement sur la sexualité est controversé. En revanche, les études s'accordent sur le fait que le vécu de la naissance a plus d'impact sur la vie sexuelle des couples que les traumatismes physiques liés à l'accouchement. La sexualité du post-partum ne dépend pas uniquement de l'accouchement, de nombreux facteurs entrent en jeu. Par exemple, l'allaitement maternel est un élément perturbateur qui contribue à la baisse de la libido et favorise la sécheresse des muqueuses. Le sein érotique devient nourricier et laisse place à une nouvelle relation fusionnelle mère-enfant qui parfois écarte le partenaire (Mourichon, 2012).

La reprise des relations sexuelles est complexe à étudier car ses déclinaisons sont diverses et individuelles. La sexualité conjugale s'adapte aux changements physiques. Les couples ont tendance à reprendre une activité sexuelle par des rapports oraux (ceci étant notamment dû à la douleur liée à la pénétration). Le désir sexuel a tendance à revenir avant la reprise des rapports et est influencé par la fatigue, l'altération de l'image corporelle et les perceptions du ressenti du partenaire. Malgré la présence de l'envie un mois après l'accouchement, les

1 Apprentissage déterminé par la culture dans laquelle nous vivons.

2 Nous rappelons que dans notre travail nous entendons par couple le duo hétérosexuel, nous restons conscientes que l'image du couple d'aujourd'hui ne se réduit pas au couple homme femme.

couples attendent le plus souvent un mois supplémentaire pour pratiquer la pénétration. La visite médicale à six semaines post-partum serait alors attendue pour écouter les recommandations médicales.

La périnatalité impacte la sexualité du couple par tous les différents bouleversements qu'elle entraîne. Prévenir les couples de ces changements s'inscrit dans la promotion de la santé sexuelle.

Les soignants et l'éducation sexuelle

Exceptées les discussions sur la contraception, la sexualité est un thème rarement abordé à la maternité. Pourtant la période périnatale semble être une opportunité pour évoquer le sujet, puisque les sages-femmes et obstétricien·e·s partagent une certaine intimité des couples.

Le système de santé se présente comme un lieu de choix pour discuter de sexualité, pourtant l'échange avec les soignant·e·s ne se fait que rarement: la moitié des Suisses ne consulterait pas en cas de problème sexuel (Weigand, 2013). Une étude datée d'il y a trente ans évoquait le manque de temps, de connaissances, l'oubli et l'embarras comme principales raisons pour ne pas en parler (Metz, 1988).

Plus récemment une étude au sein du personnel des Hôpitaux Universitaires de Genève montre que même si 100% des professionnel·le·s en périnatalité déclarent essentiel d'aborder la sexualité avec les couples, seulement 4% soutiennent en parler systématiquement. 72% jugent n'être pas suffisamment formé·e·s pour en parler (Van der Schueren, 2004). Par exemple, la question de la reprise des rapports reste encore trop souvent dissimulée entre la reprise des bains et des tampons; «Pas de bain, pas de piscine, pas de rapports sexuels avant six semaines, le temps que le col se referme». Pourtant nous savons que cette recommandation ne se base sur aucun fait scientifique. La seule recommandation sur laquelle les soignant·e·s s'accordent est la contre-indication aux rapports sexuels en cas de placenta prævia, aucune corrélation n'existe entre l'intimité du couple et un accouchement prématuré, une rupture prématurée de membrane ou une infection pendant la grossesse.

Pour lever ce tabou dans les soins, il est donc nécessaire dans un premier temps, de combler ce manque de connaissances des

soignant·e·s. La période périnatale semble donc être le moment idéal pour parler de sexualité. En effet, les soins périnataux concernent essentiellement la sphère génitale: quoi de plus intime que d'observer, d'examiner et de toucher le sexe féminin. Echographies endo-vaginales, touchers vaginaux ou encore sondages vésicaux, la sphère intime de la femme est, tout au long du suivi périnatal, constamment sollicitée (Mourichon, 2012, p.122). Les consultations sont le cadre idéal pour aborder la sexualité. Les sages-femmes sont alors en intimité avec la femme (ou le couple) ce qui lui laisse alors plus de chance de se confier.

Comment améliorer le rôle sage-femme en santé sexuelle?

Être consciente de la relation à l'intime est capital pour les sages-femmes: éviter les examens inutiles et respecter l'intimité des patientes sont des principes fondamentaux à appliquer par chaque soignant·e. Les professionnel·le·s doivent prendre connaissance que tout geste, même minime, peut être perçu comme envahissant et intrusif par les femmes.

L'intégration des cours d'éducation sexuelle au suivi périnatal représente selon nous un avenir concret pour la promotion de la santé sexuelle.

Les sages-femmes occupent une place idéale pour accompagner les couples, assurer une prévention primaire en santé sexuelle périnatale tout en créant un lien de confiance avec ceux-ci. Elles peuvent ainsi adapter leurs informations aux couples et dépister les dysfonctionnements sexuels éventuels.

Offrir à tous les couples la possibilité de s'exprimer librement

Selon nous, le défi actuel des sages-femmes est de promouvoir la santé sexuelle chez tous les couples rencontrés en périnatalité. Intégrer le vécu de la sexualité dans

l'anamnèse systématique réalisée lors de la quatrième consultation de grossesse permettrait d'ouvrir la discussion avec tous les couples ou du moins de les inviter à réfléchir à leur vie sexuelle. Concernant les aspects psychiques, c'est ici que les sages-femmes peuvent évaluer les connaissances préalables du couple et apporter de nouvelles informations personnalisées. Au post-partum, les sages-femmes se rendent à domicile dans une nouvelle atmosphère plus intime facilitant la discussion. Les cours de préparation à la naissance (en groupe ou individuel) permettent aussi d'aborder le sujet en groupe et réaliser que leur cas n'est pas isolé.

La santé sexuelle des couples: prise en soin du partenaire

Dans cet article nous avons souligné l'importance du rôle du partenaire dans la sexualité périnatale. En effet il est un des principaux facteurs d'influence de la santé sexuelle des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement. En périnatalité, les hommes n'ont que peu de place pour s'exprimer. En périnatalité, l'attention est tournée principalement vers la femme qui porte l'enfant et qui donne naissance. Les partenaires peuvent alors se sentir impuissants, ne sachant pas comment aider les femmes durant la grossesse. Bien qu'émergent aujourd'hui des groupes de paroles réservés à ces pères en devenir³, nous pensons pouvoir, en tant que sages-femmes, toujours plus les intégrer. Par exemple, les conseiller quant au soutien de leur femme pendant la grossesse, en les invitant à instaurer des moments de détente (massages corporels, massages périnéaux favorisant ainsi l'intimité sexuelle) et des temps de paroles (discussions, échanges). Promouvoir la santé sexuelle peut également se faire également en salle d'accouchement. Les sages-femmes veillent à la place⁴ du partenaire. Elles le préservent des éventuels chocs émotionnels tels que la vue du sang, la vision du sexe féminin dilaté ou encore de l'épisiotomie. Elles peuvent aussi les ac-

3 «Moi.. (bientôt) père!» à l'Arcade sages-femmes de Genève, «Futur Papa» au CHUV...

4 La place au sens localisation: être placé à côté de leur femme éviterait au partenaire d'assister à la distension du périnée.

compagner dans les différentes actions de soutien possibles pendant le travail et l'accouchement (encouragements, massages des points gâchettes⁵).

Promotion et prévention de la santé sexuelle périnatale

Malgré le coût qu'ils pourraient représenter aux institutions de santé, l'intégration des cours d'éducation sexuelle au suivi périnatal représente avenir concret pour la promotion de la santé sexuelle. De tels cours permettent à la femme d'avoir une meilleure vision de sa sphère intime et de diminuer les craintes non fondées ou les fausses croyances. Les sages-femmes peuvent aborder les changements physiques de la fonction sexuelle pendant la grossesse et donner des conseils pratiques (utilisation de lubrifiant, nouvelles positions). Proposer aux jeunes accouchées d'observer leur sexe dans un miroir est une pratique encore peu courante chez les sages-femmes. La rendre systématique permettrait aux femmes d'avoir une image réelle de leur périmètre.

Après l'accouchement, la prévention des troubles sexuels peut être explicite (par des discussions ouvertes à la sexualité) mais aussi implicite. Une rééducation périnéale de base (conseils pratiques, exercices simples), donnée à toute nouvelle mère avant le retour à domicile, semble alors être un moyen de promouvoir la santé sexuelle. Investiguer systématiquement le vécu de l'accouchement avec les couples et reconnaître les accouchements traumatiques intervient directement dans la prévention des dysfonctions sexuelles du post-partum. Les sages-femmes aident les couples à se retrouver en tant qu'amants dans leur nouvelle organisation familiale. Elles reconnaissent la fatigue du post-partum et transforment cet obstacle à l'intimité des couples en une opportunité (détente à deux, siestes, activité sexuelle comme moment de détente). En repérant les troubles sexuels, les sages-femmes peuvent prévenir d'autres problèmes en lien tels que la dépression, la violence et les problèmes conju-

gaux. Parler de sexualité durant cette période permettrait d'avoir une approche globale des deux partenaires et donc de comprendre la dynamique familiale qui entourera l'enfant.

Développer la sexologie dans la formation sage-femme de base est selon nous le point de départ pour améliorer la promotion de la santé sexuelle périnatale. Connaître les notions de bases en sexualité sensibiliserait les sages-femmes à l'importance d'un temps de parole consacré au vécu de la sexualité du couple. De courtes formations en sexologie

(colloques, séminaires, etc.) faciles d'accès, fréquentes et ciblées sur la pratique de terrain semble être un premier pas vers une optimisation de la prise en soin sage-femme. ☉

Cet article est adapté du travail de bachelor «Vaincre le tabou de la sexualité en périnatalité: un défi pour les sages-femmes», réalisé par les auteures à la Haute école de santé de Genève, sous la direction de Caroline Chautems. Texte intégral accessible sous www.doc.rero.ch

Toutes les références de cet article se trouvent sur le site www.sage-femme.ch dans la rubrique Fédération/Revue spécialisée.

AUTEURES



Fanny Lalanne, diplômée en 2016 de la Haute école de santé de Genève, sage-femme à la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève.



Fabienne Farine, diplômée en 2016 de la Haute école de santé de Genève, travaille à la maternité de l'hôpital Beata Vergine à Mendrisio (TI).

Références

- Bozon, M. et Giami, A. (1999)** Présentation de l'article de John Gagnon. Le Seuil: Actes de la recherche en sciences sociales. Sur la sexualité. 128:68-72
- BVA (Institut d'études de marché et d'opinion) (2000)** Les couples face à leur sexualité [en ligne] (page consulté en septembre 2015). Accès: www.bva.fr
- Durkheim, E. (1911)** Débat sur l'éducation sexuelle. Bulletin de la Société française de philosophie, 11:33-47
- Edelstein, R. S., Wardecker, B. M., Chopik, W. J., Moors, A. C., Shipman, E. L. et Lin, N. J. (2014)** Prenatal hormones in first-time expectant parents: Longitudinal changes and within-couple correlations. *Wiley Periodicals*, 27 (3):317-325.
- Engel, G.L. (1980)** The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-44
- Giami, A. (2007)** Santé sexuelle: la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*. 7:56-6
- Metz, M.E. et Seifert, M.H. (1988)** Women's expectations of physicians in sexual health concerns. *The Journal of family practice*, 7 (3), 141-52.
- Mourichon, L. (2012)** Sexualité. Maternité. Paroles de femme. Paris: Robert Jauze.
- Van der Schueren, B. (2004)** Parler de sexualité à la maternité: tabou ou nécessité? *Sage-femme.ch*. 3:26-29
- Von Sydow, K., Uilmeyer, M. et Happ, N. (2001)** Sexual activity during pregnancy and after childbirth: result from the sexual preference questionnaire. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*. 22:29-40

Weigand, E. et Bianchi-Demicheli, F. (2013) Ma sexualité: J'ai envie de comprendre. Genève, Editions Médecine & Hygiène.

Cinq articles analysés dans le travail mais pas cités dans l'article:

- Afshar, M., Mohammad-Alizadeh-Carandabi, S., Merghti-Khoei, E.S. et Yavarikia, P. (2012)** The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 1 (4), 173-181.
- Galazka, I., Drosdzol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M. et Skrzypulec-Plinta, V. (2015)** Changes in the sexual function during pregnancy. *The journal of sexual medicine*, 12:445-454.
- Hipp, L.E., Kane Low, L. et Van Anders S.M. (2012)** Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *The journal of sexual medicine*, 9:2330-2341.
- Pauls, R.N., Occhino, J.A. et Dryfhout, V.L. (2008)** Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *The journal of sexual medicine*, 5:1915-1922.
- Safarinejad, M.R., Kolahi, A.A. et Hosseini, L. (2009)** The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husband. *The journal of sexual medicine*, 6:1645-1667.

5 Régions du corps dont les massages énergiques permettent une libération d'endorphines, diminuant ainsi la sensation de douleur.