



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année :2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECIN

**Prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum auprès
des médecins généralistes du littoral Nord et Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2018 à 14 heures
au Pôle Formation

Par Vivien Lemesre

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Madame le Professeur Sophie Catteau-Jonard

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur François-René Knockaert

Prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum auprès des médecins généralistes du littoral Nord Pas-de- Calais

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé	7
Introduction	8
Revue de la littérature	10
1. Généralités sur la sexualité	10
1.1. Santé sexuelle	10
1.2. Evolution récente de la sexualité	10
1.3. Physiologie de l'activité sexuelle féminine	10
1.3.1. La phase de désir	11
1.3.2. La phase d'excitation	11
1.3.3. Une phase de plateau	11
1.3.4. La phase orgasmique	12
1.3.5. La phase de résolution	12
1.4. Troubles de la sexualité	12
1.4.1. Baisse du désir	12
1.4.2. Trouble de l'excitation	13
1.4.3. Trouble de l'orgasme : anorgasmie	13
1.4.4. Troubles sexuels avec composantes douloureuses	13
1.4.4.1. Le vaginisme	13
1.4.4.2. Les dyspareunies	14
1.5. Les étiologies communes de dysfonctions sexuelles	14
1.5.1. Les étiologies organiques	14
1.5.2. Les causes psychiques individuelles	14
1.5.3. Les causes psychiques du couple	15
1.5.4. Les causes toxiques	15
2. La sexualité pendant la grossesse	15
2.1. Le désir sexuel	15
2.2. La sexualité du couple pendant la grossesse	16
2.2.1. Chez la femme	16
2.2.2. Chez l'homme	17
3. La sexualité du post-partum	17
3.1. Le désir sexuel	17
3.2. La sexualité du couple après l'accouchement	18
3.3. Les différents facteurs influençant la sexualité du post-partum	18

3.3.1. Les méthodes d'accouchement	18
3.3.2. L'état du périnée	19
3.3.3. L'allaitement maternel	20
3.3.4. Autres facteurs	21
Matériel et méthode	22
1. Choix de la méthode	22
2. Le guide d'entretien	22
2.1. La rédaction du guide d'entretien	22
2.2. Les évolutions du guide d'entretien	22
3. La sélection des participants	23
3.1. L'échantillonnage	23
3.2. La prise de contact	23
4. Méthode de recueil des données	23
4.1. Les conditions du recueil	23
4.2. Les techniques d'entretien	24
4.3. La retranscription des entretiens	24
4.4. Ethique et confidentialité des données	24
4.5. La saturation des données	24
5. Méthode d'analyse	25
5.1. L'analyse longitudinale	25
5.2. L'analyse transversale thématique	25
5.3. La triangulation	25
Résultats	26
1. Description de la population étudiée	26
1.1. Nombre de participants	26
1.2. Répartition homme/femme	26
1.3. Age des participants	26
1.4. Années d'exercice	26
1.5. Lieu d'exercice	26
1.6. Durée des entretiens	26

2. Représentation des médecins de la sexualité du post-partum	27
2.1. Une sexualité mise de côté	27
2.2. Une reprise progressive de l'activité sexuelle	27
3. Les consultations de médecine générale	27
3.1. L'abord du sujet de la sexualité	27
3.1.1. Le meilleur moment pour aborder la sexualité	28
3.1.2. La manière de l'aborder	28
3.1.2.1. Chez le médecin généraliste	28
3.1.2.2. Pour la patiente	28
3.1.3. Le profil des patientes abordant spontanément la sexualité du post-partum avec leur médecin traitant	29
3.1.4. L'interrogatoire du médecin généraliste	29
3.1.5. L'examen gynécologique	29
3.1.6. Attentes des patientes	30
3.1.7. Conseils du médecin généraliste	31
3.2. Les freins à l'évocation de la sexualité au cabinet médical	32
3.2.1. Le « tabou » chez la patiente	32
3.2.2. Sujet non évoqué par le médecin généraliste	33
3.2.2.1. Manque de temps	33
3.2.2.2. Manque d'assurance, de connaissance	33
3.2.2.3. Manque d'intérêt	34
3.2.2.4. Le genre du médecin	34
3.2.2.5. L'âge du médecin	34
4. Le rôle du conjoint	35
5. Les différents professionnels de santé	36
5.1. Les gynéco-obstétriciens	36
5.2. Les sages-femmes	36
5.3. Les psychologues	37
5.4. Les sexologues	37
6. L'intérêt d'aborder la sexualité du post-partum	38
7. Les améliorations envisagées concernant la sexualité du post-partum	38

Discussion	40
1. Les biais et les forces de l'étude	40
1.1. Les forces	40
1.1.1. Intérêt de l'étude	40
1.1.2. Validité interne	40
1.1.3. Validité externe	40
1.2. Les limites	40
1.2.1. Limites liées au sujet de recherche	40
1.2.2. Limites liées aux entretiens	41
1.2.3. Limites liées au recrutement	41
1.2.4. Limites liées aux conditions d'entretien	41
1.2.5. Limites liées aux participants	41
2. Discussion des résultats	41
2.1. Objectif principal	41
2.1.1. Une prise en charge variée	42
2.1.2. Peu de consultation pour la maman	42
2.1.3. L'abord de la sexualité	42
2.1.4. Les questions posées par le médecin	43
2.1.5. Les informations délivrées	44
2.2. Objectifs secondaires	44
2.2.1. Le rôle du médecin généraliste	44
2.2.1.1. L'intérêt reconnu par les médecins de la sexualité du post-partum	44
2.2.1.2. L'illégitimité de l'abord pour les médecins	45
2.2.1.3. Un cercle vicieux	45
2.2.2. La place des autres professionnels de santé	45
2.2.3. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes	46
2.2.4. Les facteurs d'amélioration de l'abord	46
2.2.4.1. Le développement de la formation	46
2.2.4.2. La coordination du réseau pour faciliter l'adressage	46
2.2.4.3. Consacrer une consultation dédiée à la sexualité du post-partum	47
Conclusion	48
Bibliographie	49
Annexe 1	52
Annexe 2	53
Annexe 3	55
Annexe 4	56

Prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum auprès des médecins généralistes du littoral Nord et Pas-de-Calais

Résumé

Contexte : La grossesse et l'accouchement sont des événements très importants dans la vie d'une femme et bien qu'il ne s'agisse pas d'une pathologie, ceci amène quelques désagréments dans la vie sexuelle. Les médecins généralistes sont donc amenés à prendre en charge des dysfonctions sexuelles du post-partum ou tout simplement à répondre aux interrogations de leurs patientes.

Méthode : J'ai réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes du littoral entre Dunkerque et Calais par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés. La prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum était alors abordée.

Résultats : Au total, 15 médecins généralistes ont répondu à mes questions lors des entretiens semi-dirigés. L'étude a mis en évidence des disparités dans la prise en charge des troubles de la sexualité à la suite d'un accouchement. Le plus souvent, la sexualité était abordée en premier par la patiente mais rarement spontanément par les médecins généralistes. La reprise d'une contraception est un bon motif pour aborder le sujet de la sexualité et la reprise des rapports. Les médecins généralistes justifient leur absence d'initiative par un manque de formation en ce domaine ainsi que d'une crainte de s'immiscer de manière excessive dans la vie intime de la patiente. Les médecins généralistes restent selon eux de bons interlocuteurs pour les troubles de la sexualité mais admettent que le recours aux consultations d'une sage-femme est une bonne alternative. L'orientation auprès d'un sexologue est chose assez rare ; bien souvent, le simple fait d'évoquer des troubles éventuels de la sexualité suffit à rassurer les patientes. Cependant, une minorité de médecins généralistes n'abordent jamais et évitent tant que possible le sujet.

Conclusion : Les médecins généralistes abordent peu la sexualité du post-partum ; le sujet est évoqué lorsque les patientes posent directement des questions. Cependant, le médecin généraliste reste un bon interlocuteur, disponible pour répondre aux interrogations concernant la sexualité du post-partum.

Introduction

Alors que la sexualité est un sujet actuellement très médiatisé, il semble persister une frontière entre gynécologie et sexologie. Il est pourtant difficile de prendre en charge la santé des femmes sans appréhender leur sexualité qui fait partie intégrante et essentielle de leur vie.

La grossesse n'est pas une pathologie en soi ; il s'agit d'une étape physiologique de la reproduction où un fœtus va se développer dans l'utérus de la femme pendant neuf mois jusqu'à l'accouchement. Toutes ces étapes sont physiologiques, depuis le commencement de l'humanité ; elles n'en demeurent pas moins traumatiques. Par la suite, la femme devenue mère peut souffrir de douleurs pelviennes, de tiraillements, de sécheresse, de fatigue. L'image qu'elle a de son corps est également modifiée avec peut-être une prise de poids, un tablier abdominal. Et en plus de tous ces désagréments, il faut rajouter un bébé, nouveau venu dans le couple qui va accaparer toutes les attentions, jour et nuit, nuisant au repos récupérateur indispensable après un accouchement parfois laborieux.

Après avoir dressé ce tableau peu élogieux de la parentalité, on peut comprendre que le bouleversement de l'accouchement peut affecter l'intimité du jeune couple et en particulier la maman. Le retour du désir sexuel peut prendre du temps et les premiers rapports peuvent être douloureux ou du moins avec un moindre plaisir. De plus, les besoins du bébé laissent généralement moins de temps au couple pour envisager des ébats amoureux ; le temps libre étant consacré au repos.

Chez les primipares, la naissance d'un enfant est un événement nouveau ; les femmes ressentent des sensations différentes d'avant la grossesse et comme il s'agit de la première fois, comment savoir si ce qu'elles ressentent est « normal », savoir s'il y a un problème quelconque et à qui demander conseil.

Le médecin généraliste également appelé médecin de famille est le premier intervenant de santé primaire que les patients peuvent consulter(1). Ce praticien prodigue des soins centrés sur la personne, maîtrisant les techniques de communication, manifestant une écoute active et empathique et adaptant la communication aux possibilités de compréhension du sujet.

En 2016, les Hauts-De-France ont enregistré 72674 naissances (2) et cette même région comptait 7786 médecins généralistes(3). En toute logique, un médecin généraliste reçoit en consultation en moyenne sur une année 9 patientes ayant accouché. Lors d'une étude réalisée en 2014 par une sage-femme dans le Puy-de-Dôme, 53.6% des médecins généralistes interrogés ont déclaré recevoir des patientes pour des difficultés sexuelles du post-partum(4). Il existe donc un besoin de consultation pour des problèmes de sexualité du post-partum qui peut faire intervenir les médecins généralistes.

Quelques études, notamment des mémoires de sages-femmes ont étudié la prise en charge de la sexualité du post-partum chez les professionnels de santé en général. Lors de ces études, les médecins généralistes occupaient une place restreinte, avec peu d'effectifs.

Je n'ai pas retrouvé d'étude menée auprès des médecins généralistes concernant la sexualité du post-partum, leur représentation, leur attitude, leur compétence et leur prise en charge.

L'objectif principal de ma thèse est d'étudier la manière dont les médecins généralistes abordent la sexualité du post-partum avec les jeunes mamans.

L'objectif secondaire est de savoir si le médecin généraliste reste le professionnel de santé compétent pour aborder la sexualité du post-partum.

Revue de la littérature

1. Généralités sur la sexualité

1.1. Santé sexuelle

Il s'agit d'une donnée difficile à définir. La santé sexuelle dépend des normes sociales, culturelles et de l'âge du sujet. Elle doit être une pratique sexuelle convenant au sujet, dans les limites fixées par la loi et n'entraînant pas de souffrance pour lui-même ou pour sa (son) partenaire.(5)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la « santé sexuelle » comme étant un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités.

La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés.(6)

1.2. Evolution récente de la sexualité

La transformation des structures familiales, l'augmentation de l'autonomie sociale et économique des femmes, le renforcement de la norme égalitaire entre les sexes et la précarisation de certains groupes sociaux ont modifié les pratiques sexuelles et particulièrement celles des femmes.

La vie sexuelle des femmes semble être de plus en plus diversifiée avec une augmentation du nombre de partenaires déclarés, une diminution de l'âge du premier rapport sexuel, des rapports avec des personnes de même sexe, élargissement du répertoire des pratiques sexuelles et augmentation des rapports sexuels chez les femmes de plus de cinquante ans.(7)

1.3. Physiologie de l'activité sexuelle féminine

La réponse sexuelle est une expérience psychophysiologique. L'excitation se déclenche par des stimuli psychologiques et physiques, tels que les fantasmes, stimuli visuels, tactiles, auditifs ou olfactifs.

Master et Johnson, deux chercheurs américains, décrivent plusieurs phases caractérisant la réponse sexuelle : la phase d'excitation, le plateau, l'orgasme et la

résolution. En 1977, H. Kaplan et H. Lief ont rajouté le concept de désir, juste avant la phase d'excitation. La fonction sexuelle est un processus biologique complexe, à composantes multiples, qui met en jeu non seulement ses effecteurs périphériques, mais aussi leur vascularisation, leur innervation, des voies et des centres médullaires et cérébraux.

1.3.1. La phase de désir

Le désir est le premier temps, il consiste en des fantasmes imaginaires concernant la sexualité et un désir d'accomplir un acte sexuel. C'est la capacité de se projeter dans la relation sexuelle. Chez la femme, le désir sexuel est parfois ambigu, car il peut être confondu avec le désir affectif.(4)

La libido est régulée par des sécrétions ovariennes (œstrogènes et androgènes), elles-mêmes commandées par l'axe hypothalamo-hypophysaire.

1.3.2. La phase d'excitation

L'excitation est de durée variable, dépendant de l'intensité et de l'efficacité de la stimulation mais aussi de l'âge. Cliniquement, plusieurs modifications anatomiques sont observées :

- Un effacement des grandes lèvres qui s'aplatissent contre le périnée
- Le gonflement des petites lèvres
- Une vasocongestion avec transsudation vaginale lubrifiante
- L'allongement et la dilatation du vagin dans sa partie postéro-supérieure d'environ 25% par relaxation des muscles lisses de la paroi vaginale
- Un effacement des plis du vagin
- Une tumescence du gland du clitoris par augmentation de l'afflux sanguin
- Une érection et une augmentation de la taille des mamelons.

1.3.3. Une phase de plateau

Elle correspond au maintien d'un niveau d'excitation élevée, plus ou moins longtemps et aboutit normalement à l'orgasme. Au cours de cette phase, se développe et s'amplifie la lubrification vaginale ; le tiers externe du vagin subit une congestion vasculaire. Les muscles bulbo-caverneux se contractent, les bulbes s'engorgent et se raffermissent, réduisant le diamètre de l'orifice d'entrée du vagin de 30%. Les muscles péri-vaginaux serrent la base du pénis et le vagin prend une forme de poire : rétréci à l'entrée et élargi dans le fond.

Le tiers externe du vagin ainsi contracté et la turgescence des petites lèvres forment ce que l'on nomme la « plate-forme orgastique ».

La ballonnisation du fond du vagin réalise un réceptacle pour le sperme à venir et l'obturation de l'orifice vaginal empêche son écoulement.

1.3.4. La phase orgasmique

Elle débute quelques secondes avant la réponse musculaire. Celle-ci s'exécute par des contractions musculaires de 0.8 en 0.8 secondes.

L'onde orgasmique débute au niveau des muscles de la plate-forme orgastique et diffuse à tout le pelvis avec des réactions générales sympathiques (hypertension artérielle, mydriase, tachycardie, horripilation, contraction aréolaire) et parasympathiques (salivation, rougeur cutanée, transpiration, vasodilatation). L'orgasme dure normalement entre 3 et 25 secondes, et est associée à une faible baisse de l'état de conscience.

La femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs, à condition que la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas.

A cet orgasme dit clitorido-valvulaire, Fox, Perry et Whipple ainsi que G. Tordjman oppose un orgasme profond produit par une stimulation coïtale ou digitale de la zone du fascia de Halban (plus connue sous terme « point G ») situé entre la muqueuse vaginale et le système vésico-urétral. Il y a parfois « éjaculation » par contraction des glandes péri-urétrales.

1.3.5. La phase de résolution

Elle est caractérisée par un sentiment de relaxation physique et mentale, une détente musculaire et une impression de bien-être.

1.4. Troubles de la sexualité

Il convient dès à présent de différencier la paraphilie de la dysfonction sexuelle. Au lieu de réagir à un objet habituel, la personne présentant une paraphilie est attirée par des « objets » inhabituels comme les enfants (pédophilie), les vêtements (fétichisme) ou les animaux (zoophilie). Toutefois, en matière de réaction orgasmique, cette personne peut avoir un comportement des plus habituels.(8)

En revanche, la personne souffrant de dysfonction sexuelle est généralement attirée par un objet sexuel habituel, mais réagit sexuellement de façon inadéquate en présence de cet objet.

La dysfonction sexuelle consiste en un trouble de la réponse sexuelle, soit sur le plan du désir, de l'excitation ou de l'orgasme tel que le désigne la classification du DSM-IV des pathologies psychiatriques.

1.4.1. Baisse du désir

Le désir sexuel hypoactif, ou la baisse du désir est défini dans le DSM-IV comme étant une déficience persistante ou récurrente dans le désir d'avoir une activité sexuelle mais également une absence de fantasmes. De plus, ce problème

cause une détresse personnelle mais également dans le couple. Ce problème peut être situationnel c'est-à-dire se manifester dans un contexte spécifique (par exemple avec un partenaire en particulier) ou généralisé. De même que ce trouble peut être primaire (existant depuis toujours) ou secondaire (apparaissant après une période de fonctionnement sexuel « normal »).

Le désir sexuel reste indissociable du contexte relationnel de la personne. LoPiccolo et Friedman (1988) ont relevé plusieurs facteurs relationnels pouvant être la cause de baisse du désir sexuel : le manque d'attirance du partenaire, la pauvreté des habiletés sexuelles du partenaire, le conflit conjugal, la peur de l'intimité.

1.4.2. Trouble de l'excitation

Selon le DSM-IV, le trouble de l'excitation chez la femme renvoie à l'incapacité persistante ou récurrente à atteindre ou à maintenir une réponse d'excitation caractérisée par une lubrification adéquate. Cette difficulté cause une détresse ou des problèmes interpersonnels.

Ce trouble est rarement isolé chez la femme qui peut présenter un ensemble de troubles incluant le manque de désir, l'absence d'excitation et d'accès au plaisir.

1.4.3. Trouble de l'orgasme : anorgasmie

L'anorgasmie est considérée comme un délai ou une absence persistante ou récurrente d'orgasme à la suite d'une phase d'excitation sexuelle normale. Le DSM-IV mentionne que les femmes présentent une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation conduisant à l'orgasme.

Une peur de la perte de contrôle, de se laisser aller ou de se sentir soumise est souvent évoquée par les patientes anorgasmiques.

Le diagnostic d'un trouble orgasmique repose sur le jugement du clinicien qui estime que la capacité orgasmique de la femme est inférieure à ce qu'elle devrait être, compte tenu de son âge, de son expérience sexuelle et de l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue.

1.4.4. Troubles sexuels avec composantes douloureuses

1.4.4.1. Le vaginisme

Le vaginisme est un trouble psychophysiologique rendant « difficile, voire impossible l'acte sexuel » (Masters et Johnson, 1970). Ce trouble se manifeste dans le tiers inférieur du vagin et consiste en une contraction spasmodique et involontaire de la musculature lors d'une tentative de pénétration. Ce trouble peut également nuire à l'introduction d'un tampon ou au déroulement normal d'un examen gynécologique.

Il peut apparaître suite à une lésion organique, la pénétration devient impossible ou très douloureuse suite à un traumatisme gynécologique, iatrogène, psychique ou obstétrique.

Un cas particulier est celui de la femme ayant subi une épisiotomie ou déchirure périnéale développant secondairement un vaginisme : dans ce cas, il y a persistance psychique de l'image d'une vulve et d'un vagin « blessé ».

1.4.4.2. *Les dyspareunies*

La dyspareunie consiste en l'apparition de sensations douloureuses pendant le coït et l'activité sexuelle. Ces douleurs peuvent se présenter en périphérie ou plus en profondeur dans le vagin. Il est difficile de faire la distinction entre trouble physique ou psychique.

Le diagnostic d'une dyspareunie doit débuter par un examen gynécologique approfondi, afin de déterminer si une lésion ou une infection quelconque provoque cette douleur.

Le DSM-IV précise que ce trouble ne doit pas être la résultante d'un vaginisme ou d'un manque de lubrification.

1.5. Les étiologies communes de dysfonctions sexuelles

Les dysfonctions sexuelles peuvent représenter le symptôme de problèmes biologiques, intrapsychiques, conflits interpersonnels ou une combinaison de ces facteurs.(4)

Il existe des causes organiques, toxiques (drogues, alcool, poisons), médicamenteuses, psychiques et relationnelles.

1.5.1. Les étiologies organiques

Sur le plan somatique, les dysfonctions sexuelles peuvent être provoquées par des affections gynécologiques, génétiques, endocriniennes, cardiovasculaires, neurologiques, ou infectieuses.

1.5.2. Les causes psychiques individuelles

Elles peuvent être variées, comprenant :

- Les troubles mentaux : la plupart des troubles mentaux sont antisexuels, excepté la manie qui stimule la sexualité. La dépression est le trouble mental le plus fréquemment responsable de dysfonction sexuelle ;
- Les traumatismes psychiques souvent provoqués par les abus sexuels survenus dans l'enfance (harcèlements, viols, attouchements sexuels, maltraitances) ;
- Les tabous éducatifs, les images de la sexualité parentales négatives ;

- Les carences affectives, ou absence d’empreinte en termes de tendresse ;
- L’empreinte d’une première expérience sexuelle négative, adolescente « non prête » ;
- Une image négative de soi, qui peut être associée à un surpoids ou une prise de poids suite à une grossesse par exemple. Le désir sexuel féminin est en partie narcissique ; les femmes ont besoin de se sentir désirables ;
- L’anxiété sociale, la timidité ou la phobie sociale ;

1.5.3. Les causes psychiques du couple

Les messages positifs du partenaire renforcent puissamment la motivation sexuelle et le fonctionnement sexuel ; à l’inverse, des messages négatifs l’inhibent.

Les problèmes et difficultés de couple, passagers ou plus profonds, sont des facteurs profonds et importants de dysfonctions sexuelles. Ils peuvent être pris en charge par des traitements de couple adaptés.

1.5.4. Les causes toxiques

L’alcool est le plus commun des toxiques qui altèrent la fonction sexuelle, mais ce sont surtout les drogues dures, comme la cocaïne et l’héroïne, qui ont les effets les plus délétères. Parmi les médicaments, les antihypertenseurs, les anticalciques, les inhibiteurs de l’enzyme de conversion, les antihistaminiques interfèrent avec la vasocongestion génitale. Les antidépresseurs (tricycliques ou SSRI) provoquent également des troubles de l’orgasme et du désir.

2. La sexualité pendant la grossesse

La grossesse est un événement marquant au sein d’un couple. Les deux conjoints se préparent à devenir parents ; le corps de la femme est modifié par la présence du futur enfant. L’activité sexuelle se voit modifier par diverses raisons physiques, sexuelles et psychologiques.(9)

2.1. Le désir sexuel

Chaque femme, par son vécu, son estime de soi et par sa confiance en elle vit sa grossesse de manière unique. Certaines femmes ne supportent pas leur prise de poids, les vergetures apparaissant sur le ventre et sur les seins, ainsi que les taches cutanées. Celles-ci ne se sentent pas désirables et ont une mauvaise perception corporelle. Chez ces femmes, une baisse du désir sexuel va s’installer au cours des neuf mois. A l’inverse, d’autres femmes ne se seront jamais senties aussi féminines. Ces dernières décrivent une libido exacerbée.

En ce qui concerne les hommes, les changements corporels de leur conjointe peuvent entraîner une baisse significative de leur désir sexuel. En effet, certains ne

retrouvent pas la femme qu'ils ont désirée auparavant et n'arrivent pas à faire abstraction de l'état de grossesse.

2.2. La sexualité du couple pendant la grossesse

La grossesse est souvent divisée en trimestre pour parler de sexualité. D'après Masters et Johnson, la parité et le trimestre influent sur les réactions sexuelles de la grossesse. Le premier trimestre est décrit comme une période favorable à la sexualité. En effet, l'imprégnation hormonale est favorable et la femme est épanouie dans son corps de femme enceinte avec de belles formes. Le troisième trimestre rend la sexualité plus difficile avec un ventre alourdi et proéminent qui met très en avant le bébé et rend les positions difficiles. De plus, la peur d'un accouchement prématuré en provoquant des contractions utérines est omniprésente.(10)

En fin de grossesse, un malentendu peut apparaître entre le besoin sexuel de l'homme et les besoins de tendresse et de protection de la femme. Une diminution de l'activité sexuelle pendant la grossesse n'est en rien liée à une dégradation des liens affectifs.

2.2.1. Chez la femme

L'intérêt sexuel et l'activité coïtale diminuent progressivement. Les femmes éprouvent un besoin de protection qu'elles recherchent auprès de leur conjoint mais aussi de leurs parents.(9)

Au premier trimestre, la baisse du désir est plus rapide que l'homme en raison des nausées et de la fatigue constatée à cette période. Les raisons évoquées à cette baisse de désir sont relatives à la crainte des fausses couches et des infections.

Au deuxième trimestre, une augmentation de l'érotisme et de l'orgasme est notée chez la femme mais l'activité coïtale reste très variable entre les femmes. La mère perçoit tôt la présence d'un nouvel être vivant dans son corps.

Au troisième trimestre, la femme ressent le besoin d'être contenue et rassurée. Le désir sexuel baisse graduellement à cause de l'inconfort physique, de la somnolence et de la plénitude abdominale. Les femmes peuvent être gênées par des désagréments de fin de grossesse, ce qui fait diminuer leur désir sexuel ; contractions utérines lors de l'orgasme (6 à 62%), difficulté à trouver une position (12 à 20%), manque d'attirance (4 à 20%). 35 à 88% sont inquiètes pour la satisfaction sexuelle de leur partenaire.(10)

82% des femmes pensent que les rapports sexuels peuvent avoir lieu tout au long de la grossesse ; 10% des femmes s'abstiennent de rapport dès l'annonce de la grossesse. Les résultats concernant la fréquence et l'intensité de l'orgasme féminin pendant la grossesse sont contradictoires. A l'inverse, 22 à 50% des femmes enceintes souffrent de dyspareunies. La peur de faire du mal au bébé est présente chez 25 à 50% des femmes enceintes.

2.2.2. Chez l'homme

Globalement, le désir sexuel est très présent chez les hommes même s'il diminue pendant la grossesse avec une chute brutale au troisième trimestre. Dans 68% des cas le désir reste inchangé au premier et deuxième trimestre mais il diminue chez 27% des cas au troisième trimestre. Cependant 26% des hommes ressentent une hausse du désir sexuel au premier trimestre.(11)

65.3% des hommes estiment être plus demandeurs que leur compagne pour avoir des relations sexuelles. La baisse du désir sexuel chez l'homme est plus lente.

Le plaisir sexuel est inchangé chez 68% des hommes au premier et deuxième trimestre contre 58% au dernier trimestre.

Les hommes éprouvant une baisse de la capacité à éjaculer sont passés de 3% au premier trimestre à 17% au troisième trimestre.

La fréquence sexuelle diminue régulièrement au cours de la grossesse.

3. La sexualité du post-partum

Le post-partum est par définition une période s'étendant de l'accouchement jusqu'au retour de couche, soit 6 semaines plus tard(12). En pratique, le post-partum désigne tout ce qui se situe après l'accouchement jusqu'au retour à la normal de l'organisme.

Suite à l'accouchement, les occupations du couple sont essentiellement tournées vers leur enfant. Le rôle de conjoint est souvent absorbé par le rôle de parents. La femme a besoin de temps pour se réapproprier son corps suite à l'accouchement. La sexualité peut se trouver très perturbée.

3.1. Le désir sexuel

Après l'accouchement, l'estime de soi et la perception de l'image corporelle sont, au même titre que pendant la grossesse, les motifs d'une baisse éventuelle du désir. Les femmes ont très souvent des difficultés à se retrouver dans leur corps au cours des quelques semaines après l'accouchement. Fatiguées, elles ont le ventre distendu et une prise de poids. Elles ont peur de ne plus plaire à leur conjoint et de ne plus être désirable. Cette perception négative de l'image de soi peut avoir un impact sur la vie sociale. En effet, certaines femmes redoutent les sorties extérieures sans leur bébé de peur d'être prise pour une femme enceinte.(9)

Une étude américaine publiée en 2009 fait le lien entre estime de soi et satisfaction sexuelle. Une femme se représentant négativement ne peut s'épanouir sexuellement.(13)De plus l'investissement familial avec la naissance est la cause environnementale permettant d'expliquer un manque d'intérêt sexuel secondaire.

Du côté masculin, une mauvaise expérience de l'accouchement est la principale cause de baisse du désir. Le corps féminin de leur conjointe a disparu au

détriment d'un corps blessé et fragile. Certaines visions lors de l'accouchement peuvent s'avérer traumatiques et provoquer un blocage vis-à-vis de leur conjointe. Le corps allaitant dans sa représentation bloque également certains pères et diminue le désir sexuel.

3.2. La sexualité du couple après l'accouchement

K. von Sydow démontre que l'entente sexuelle des couples diminue d'une façon marquée après la naissance de leur enfant. Les relations sexuelles semblent être beaucoup plus fragiles par rapport à la grossesse. Pour la majorité des couples, la sexualité après l'accouchement est problématique. En effet, seulement 14% des femmes et 12% des hommes ont reporté ne pas avoir eu de difficultés après l'accouchement. Cette étude a mis en valeur que 40 à 64% des femmes et 19 à 64% des hommes redoutent la reprise de la sexualité.(10)

K. von Sydow note durant son étude, que de nombreux tabous portent sur l'orgasme (44%), sur les dyspareunies (40%), sur les expériences érotiques durant l'allaitement (37%).

Une étude anglaise rapporte une diminution de la fréquence des rapports sexuels. Comparé à la sexualité préconceptionnelle, des problèmes comme des douleurs, un manque de lubrification vaginale, une diminution du désir augmentent significativement dans les trois premiers mois qui suivent l'accouchement. Puis, ils diminuent dans les trois mois suivants, mais sans retrouver le niveau de base qui précédait la grossesse.(14)

Pour d'autres auteurs, la sexualité du couple reprend progressivement durant les semaines qui suivent l'accouchement. La moyenne est de six semaines pour la reprise de la sexualité.(15) 57% des femmes ont retrouvé une sexualité à six semaines de post-partum, versus 82% à 12 semaines, versus 90% à vingt-quatre semaines. Le premier orgasme a lieu en moyenne après sept semaines de post-partum.(10)

3.3. Les différents facteurs influençant la sexualité du post-partum

Les difficultés sexuelles du post-partum sont une complication de la grossesse et de l'accouchement peu étudié et rarement pris en compte. Parmi les femmes ayant accouché, la grande majorité souffre de difficultés sexuelles. Cette morbidité diminue peu à peu dans le temps, mais reste élevée. Elle passe de 83% dans les trois premiers mois à 64% au bout de six mois.(14)

3.3.1. Les méthodes d'accouchement

En ce qui concerne les accouchements par voie basse avec extraction instrumentale, Brown et al ont montré, lors d'une étude australienne, qu'ils entraînent

cinq fois plus de risque de douleurs périnéales et deux fois plus de risques de dyspareunies par rapport à un accouchement voie basse spontané.(16)

Une étude autrichienne a évalué l'influence du mode d'accouchement sur la sexualité féminine douze à dix-huit mois après l'accouchement. Ils ont utilisé l'index FSFI (FemaleSexualFunction Index) qui couvre six domaines de la sexualité : lubrification, éveil, désir, douleur, orgasme, satisfaction. Cet index va de 2 à 36. Plus il est élevé, plus les difficultés sexuelles sont importantes. Les femmes ayant accouché par voie basse avec périnée intact ont donné un index à 29.6, alors que les femmes ayant été césarisées l'ont côté à 30.5. Cette étude a donc montré qu'il n'y avait pas de différences significatives au niveau des fonctions sexuelles, à un an de l'accouchement, entre un accouchement spontané avec périnée intact et une césarienne. Contrairement aux idées reçues, la césarienne n'est pas un moyen de protéger les fonctions sexuelles de la femme après l'accouchement.(17)

Lors d'une conférence en 2006, à propos des césariennes sollicitées par les femmes, les Instituts Nationaux de l'Etat de Sciences et de Santé ont indiqué qu'aucune différence n'avait été mise en évidence au bout de six mois après l'accouchement. La sexualité ne devait donc pas être un argument pour que les femmes désirent être césarisées.

3.3.2. L'état du périnée

En 2009, une étude américaine a cherché à caractériser l'impact des déchirures spontanées sur la fonction sexuelle du post-partum. Ils ont catégorisé les déchirures en deux groupes : les périnées intacts ou avec une déchirure ne nécessitant pas d'être suturée (70% des femmes incluses) et les déchirures nécessitant une suture (30%). L'index IRS (Intimate Relationship Scale), comprenant douze questions validées, leur a permis de mesurer les fonctions sexuelles des femmes. Cet index va de 12 à 60. Plus il est élevé, meilleures sont les fonctions sexuelles. A trois mois de l'accouchement, les deux groupes ont présenté une sexualité active équivalente : 86% versus 82%. En revanche, les femmes ayant été suturées :

- Reportent plus la fatigue comme facteur interférant avec les relations sexuelles
- Ont moins de désir à être touchées, caressées par leur partenaire et à avoir des rapports sexuels
- Ont moins de satisfaction durant les activités sexuelles

L'étude conclut que les femmes ayant été suturées ont un moins bon index : 33.5 versus 35.6.(18)

L'étude faite en 2001 par Signorello et al chez des femmes primipares montre que plus les déchirures sont importantes, plus la sexualité est reprise tardivement. En effet, les femmes ayant un périnée intact ou une déchirure vaginale simple ont repris leur sexualité 7.1 semaines après l'accouchement, versus 8.4 semaines pour les femmes ayant une épisiotomie et 9.3 semaines pour les femmes ayant un

périnée complet. Enfin, plus la lésion est importante, plus la douleur sera longue à disparaître dans le temps. 57.8% des femmes ayant un périnée intact ou une déchirure vaginale simple ont des douleurs lors du premier rapport après l'accouchement, 32.8% à trois mois et 18.6% à six mois versus 73.2%-48.2%-24.1% pour les épisiotomies et 77.4%-61.4%-26.7% pour les périnées complets. Environ 24% des femmes, toutes lésions confondues présentent une moins bonne sexualité six mois après l'accouchement par rapport à celle précédant la grossesse. Six mois après l'accouchement, 88% des femmes ayant eu un périnée complet ont débuté une sexualité versus 94% chez les femmes ayant eu de moins graves lésions.(19)

En 2006, une étude française a décrit les données de la littérature concernant les complications de l'épisiotomie. En ce qui concerne la sexualité, l'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum, mais ceci n'est plus vrai à distance de l'accouchement.(20)

A l'inverse, une étude suédoise réalisée en 2008 et proposant un suivi à long terme des femmes ayant accouché avec épisiotomie conclut que l'épisiotomie, et sa technique de suture, peut avoir des conséquences sur la sexualité des femmes jusqu'à deux ans après l'accouchement. Les femmes présentent alors des dyspareunies et un manque de lubrification pendant les rapports. Cette étude associe aussi trois autres facteurs de dyspareunies : dyspareunies préexistantes à la grossesse, expression abdominale lors de l'accouchement et déchirures périnéales spontanées.(21) Le taux de dyspareunies dans la population générale reste difficile à évaluer car de nombreux biais compromettent les résultats. Les études sur l'incidence et la prévalence de ce problème donnent lieu à des résultats très disparates. Gilles Trudel a regroupé les travaux et donne une incidence de 3 à 55% chez les femmes de la population générale.(8)

3.3.3. L'allaitement maternel

Une étude canadienne, datant de 2005, s'est intéressée au délai de reprise de la sexualité des femmes allaitantes par rapport aux femmes qui donnent le biberon. Six semaines après l'accouchement, seulement 38.7% des femmes allaitantes ont repris leur sexualité versus 58.2% des femmes ayant choisi l'allaitement artificiel.(22)

La fréquence des rapports sexuels est moins importante lors de l'allaitement : 3 à 4 fois par mois et seulement à partir du quatrième mois après l'accouchement, versus 6 à 10 dans la population générale.(23)

Une étude américaine met l'accent sur le fait que l'allaitement maternel affecte peu les relations avec le partenaire. Si c'est le cas, c'est principalement à cause du manque de désir féminin, de la non-appropriation des seins par le conjoint ou par le port, peu glamour, de soutien-gorge d'allaitement. Les femmes qui allaitent ne pensent pas que la sexualité nuise au bon déroulement de l'allaitement.(24)

Signorello affirme que l'allaitement maternel est la cause la plus importante de dyspareunies six mois après l'accouchement avec un Odds Ratio de 4.4 (Intervalle de confiance 2.7-7) versus OR = 2.5 pour les extractions instrumentales (IC 1.3-4.8). Cela peut être expliqué par les déséquilibres hormonaux que provoque l'allaitement maternel. Le manque d'œstrogènes induit une sécheresse vaginale, tandis que la

testostérone et l'hyperprolactinémie sont responsables de fatigue, d'une éventuelle dépression, d'une baisse du désir et de dysfonction érectile.(25)

G. Barrett rajoute, qu'en plus de l'allaitement maternel, les dyspareunies à six mois de l'accouchement peuvent être associées à des douleurs lors de la pénétration préexistantes à la grossesse.(14)

3.3.4. Autres facteurs

Une étude suédoise a cherché à élucider la façon dont les femmes vivent leur sexualité après la naissance de leur enfant. Vingt-sept femmes ont été interrogées en 2005, au cours de six entretiens entre trois et vingt-quatre mois après l'accouchement. Ce travail met en évidence quatre principaux thèmes abordés par les femmes :

- L'image du corps après la naissance
- L'activité sexuelle altérée avec le stress de la vie de famille
- La discordance entre le désir sexuel de la femme et de son conjoint
- La nécessité d'être rassurée.(26)

G. Barrett a prouvé que la baisse du désir sexuel est la problématique sexuelle la plus forte six mois après l'accouchement.(14)

Une autre étude suédoise datant de 2006 a voulu analyser les facteurs qui affectent la qualité des relations intimes de couples parents pour la première fois, jusqu'à six mois après l'accouchement. Cette recherche met en évidence que si les deux partenaires ont une sexualité active pendant la grossesse et qu'ils en sont satisfaits, leur relation sera meilleure en terme de tendresse et de communication. Des facteurs positifs se révèlent nécessaires et ont un impact les uns sur les autres : acceptation du rôle parental, intimité, communication et bonnes conditions environnementales. Alors, la préparation à l'accouchement en couple, la continuité des expériences sexuelles au cours de la grossesse, un soutien à la communication et une hygiène de vie (repos, rythme de vie plus calme, ouverture sociale) sont les principaux points où le personnel médical se doit d'être attentif afin d'aider au mieux le couple dans les changements qu'il a à vivre.(27)

Par ailleurs, la contraception est un facteur qui influence le comportement sexuel. Les couples craignent les grossesses rapprochées. Peu d'études évaluent le rôle de la contraception sur la reprise de la sexualité. Certaines femmes n'ont pas bien compris le fonctionnement des pilules micro-dosées en progestérone et leur possible utilisation pendant l'allaitement, et décident de ne pas le prendre. D'autres femmes attendent la visite post-natale avec son choix plus large de contraceptifs, pour reprendre une sexualité.(28)

En outre, la fatigue est souvent citée comme étant un facteur négatif à la reprise de la sexualité. Les nuits étant écourtées par les tétées, les couples utilisent plus leur temps libre pour se reposer que pour avoir une activité sexuelle.

La grossesse et l'accouchement peuvent donc provoquer des troubles sexuels, qu'ils soient physiques ou psychologiques.

Matériel et méthode

1. Choix de la méthode

J'ai choisi la méthode qualitative afin d'essayer de comprendre les causes, les conditions et les moyens d'une discussion sur la sexualité en consultation de médecine générale avec les femmes en post-partum. Cette méthode permettait de répondre au mieux à l'objectif principal que je m'étais fixé.

Le choix d'entretien semi-dirigé s'est fait pour laisser suffisamment de liberté d'expression aux médecins, tout en gardant une ligne directrice : le guide d'entretien. Ceci afin que les entretiens soient le plus reproductibles possible et donc comparables. Grâce à l'entretien semi-dirigé, tous les thèmes ou questions que le chercheur souhaite aborder seront soulevés, sans en imposer l'ordre.

2. Le guide d'entretien

2.1. La rédaction du guide d'entretien

J'ai rédigé un premier guide d'entretien en m'appuyant sur d'autres guides de thèses qualitatives sur la sexualité, notamment la représentation de la sexualité des personnes âgées auprès des médecins généralistes. (29)

J'ai finalement défini les cinq thématiques suivantes séquencées en différentes questions :

- Le vécu de l'abord ;
- Les circonstances de l'abord ;
- L'intérêt perçu de l'abord ;
- Le réseau de correspondants autour du sujet ;
- Les facteurs qui pourraient améliorer l'abord.

Le guide d'entretien comprenait des questions générales, et des sous-questions, plus précises, qui n'étaient posées que pour faire spécifier un point au médecin si ce thème n'avait pas été évoqué d'emblée (annexe 1).

2.2. Les évolutions du guide d'entretien

J'ai décidé en cours de recherche de rajouter quelques sous-questions sur des sous-thèmes auxquelles je n'avais pas pensé et qui revenaient régulièrement dans le discours des médecins (annexe 2) :

- Faites-vous du suivi de grossesse ?
- Les femmes posant spontanément des questions sur leur sexualité du post-partum, ont-elles un profil particulier ?
- Quelle est la place du conjoint ?
- Quelle est la place du médecin généraliste concernant la sexualité du post-partum ?

3. La sélection des participants

3.1. L'échantillonnage

J'ai interrogé des médecins installés en cabinet de médecine générale sur le littoral Nord Pas-de-Calais entre Dunkerque et Calais. Ils ont été sélectionnés par la méthode dite « boule de neige » ou encore de proche en proche.

En effet, il ne s'agissait pas d'effectuer les entretiens « au hasard ». Chaque médecin interviewé était choisi selon des critères de diversité. Ces critères ont pu être modifiés au cours de l'étude, quand il apparaissait que certains « types » de médecins n'avaient pas été inclus. Ce choix s'est fait afin d'aboutir à la plus grande diversité de profils de médecins interrogés. Ainsi, je pouvais espérer avoir la plus grande variabilité d'opinions possibles en réponse à mes questions.

3.2. La prise de contact

J'ai pris contact personnellement par téléphone ou directement en face à face avec les médecins que je souhaitais interroger. Deux situations se sont présentées :

- Contact direct avec le médecin ou via son secrétariat et prise de rendez-vous.
- Contact avec le secrétariat du médecin qui lui laissait un message et me recontactait par la suite si accord du médecin, pour fixer un rendez-vous.

Une fois la rencontre acceptée, je leur demandais de fixer un rendez-vous à l'heure, au jour et au lieu de leur convenance. Le lieu a toujours été leur cabinet de médecine générale.

Ils étaient informés lors de la prise de rendez-vous que ma thèse portait sur la sexualité du post-partum. J'expliquais également la nécessité d'enregistrer l'entretien et demandais leur accord, leurs garantissant l'anonymat (annexe 3).

4. Méthode de recueil des données

4.1. Les conditions du recueil

J'ai réalisé personnellement tous les entretiens. Il n'y avait jamais de tiers présent. Dans tous les cas, les entretiens se faisaient en face à face, le médecin à sa place habituelle derrière son bureau et le chercheur en lieu et place « du patient ».

Un enregistreur audio était placé entre le médecin et le chercheur. Je veillais à ce qu'il soit vite oublié et à ne pas le manipuler lors de l'entretien.

Un carnet de bord pouvait être utilisé. Il servait à la prise de notes pour préciser les comportements du médecin interrogé, afin de ne pas les oublier lors de la retranscription, et de le faire apparaître ultérieurement dans des didascalies.

4.2. Les techniques d'entretien

Afin d'optimiser les entretiens, j'ai voulu m'approprier des méthodes de communications pour mener à bien les interviews. Ces méthodes comprennent plusieurs outils :

- Poser des questions ouvertes,
- Poursuivre avec une écoute réflexive : il s'agit de proposer à l'interlocuteur une affirmation qui ne constitue pas une impasse relationnelle mais une hypothèse sur ce qui a voulu être dit. On utilise alors le reflet pour encourager la poursuite de l'élaboration personnelle,
- Valoriser de façon adaptée les efforts et les ressources de l'interlocuteur,
- Résumer les propos pour renforcer les éléments de ce qui vient d'être discuté.

Ainsi le chercheur facilitait l'expression de l'interviewé, afin d'accéder à un degré maximum d'authenticité et de profondeur.

4.3. La retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retransmis mot à mot, intégralement et littéralement pour constituer le verbatim, base de données pour la suite de l'étude. C'est le même chercheur qui a procédé à la retranscription et au recueil du discours des médecins. La retranscription était effectuée au plus vite après l'entretien, maximum une semaine après celui-ci.

J'ai conservé les onomatopées du discours des médecins : les « ben », « quoi », « euh » indiquant le rythme de la pensée, la spontanéité du sujet interrogé. J'ai également mentionné les silences, les rires ou encore les gestes qui nous paraissaient importants par des didascalies entre parenthèses.

4.4. Ethique et confidentialité des données

Avant chaque entretien, j'informais à nouveau le médecin interviewé sur la confidentialité et l'anonymat de l'étude. Il était également remis aux participants une fiche d'information les leur garantissant. J'ai aussi réalisé un formulaire de consentement que j'ai fait signer par tous les participants. Tous les médecins sans exception ont accepté de le signer.

4.5. La saturation des données

Le point de saturation de l'échantillon apparaît lorsque les entretiens successifs n'apprennent plus rien de nouveau quant à la problématique de la recherche. Il a un caractère somme toute subjectif, qui rend la définition de ce point de saturation particulièrement délicate. Lorsque le chercheur commence à avoir une certaine répétition des propos d'un enquêté à l'autre, le premier réflexe est alors de se poser la question de la diversification de l'échantillon via le mode de prise de contact, plus que de s'interroger immédiatement sur l'achèvement du recueil de

données. Cette diversification donne un souffle nouveau aux hypothèses et à la construction de l'objet de recherche : conférant ainsi au chercheur un sentiment de nouveauté... Jusqu'à ce qu'il tarisse à nouveau. Une fois que tous les moyens possibles pour diversifier le corpus ont été utilisés et que les enquêtés ne vous apprennent plus rien de nouveau, alors il est temps de mettre fin au travail de terrain(29).

Il me fallait donc pour atteindre la saturation des données, avoir l'impression d'avoir déjà entendu une diversité d'expériences, d'opinions et de point de vue, et que les thématiques ne seraient plus enrichies par des entretiens supplémentaires.

5. Méthode d'analyse

5.1. L'analyse longitudinale

J'ai décidé de réaliser directement après chaque entretien une première analyse. Celle-ci, appelée analyse longitudinale, avait pour objectif de résumer les principales idées de l'interlocuteur et les premières impressions du chercheur. Elle se faisait « à chaud », afin de restituer l'ambiance particulière et la dynamique propre à chaque entretien. Cette étape visait à repérer les énoncés singuliers ou encore les formulations extrêmes ou atypiques.

Pour faciliter la lecture et la comparaison de ces analyses entretien par entretien, le même plan a été repris pour la rédaction. Les éléments à remplir étaient : le cadre et le médecin interrogé, le résumé de l'entretien, les points essentiels, les points nouveaux ou inattendus.

5.2. L'analyse transversale thématique

L'analyse est dite « transversale » car elle se fait en comparaison continue avec les données des entretiens préalablement analysées. Les comparaisons ont été menées jusqu'à saturation c'est-à-dire jusqu'à ce que plus aucun phénomène nouveau ne soit mis en évidence dans les entretiens.

Pour effectuer ces analyses, je me suis aidé du logiciel NVivo afin de classer les citations selon les idées qu'elles véhiculent. On met ainsi en lumière les regroupements et les oppositions entre les propos recueillis.

5.3. La triangulation

Cette démarche implique une part d'interprétation : les analystes d'un même texte ne segmentent pas et ne classifient pas les extraits de façon identique bien qu'il puisse y avoir des recoupements. Afin de limiter ce biais, j'ai décidé que deux analystes s'occuperaient de cette étape. Pour cette étude, une deuxième personne a donc analysé les entretiens. J'ai ensuite fait la synthèse de nos deux analyses. C'est ce que l'on appelle la technique de triangulation.

Résultats

1. Description de la population étudiée

1.1. Nombre de participants

J'ai interrogé 12 médecins généralistes installés dans le Nord ou le Pas-de-Calais, entre Dunkerque et Calais. La saturation des données a été obtenue au 12^{ème} entretien. J'ai alors décidé d'interroger trois autres médecins. Mes entretiens s'échelonnaient du 5 au 29 septembre 2017.

1.2. Répartition homme/femme

Sur les 15 médecins généralistes interrogés, nous comptons 5 femmes (33%) et 10 hommes (66%).

1.3. Age des participants

Les médecins interrogés avaient entre 30 et 63 ans, avec une moyenne de 45.6 ans et une médiane à 46.5 ans.

Dans le détail, les femmes médecins étaient âgées de 30 à 50 ans, avec une moyenne de 37.4 ans et une médiane à 40 ans. Les hommes médecins étaient âgés de 30 à 63 ans avec une moyenne à 49.7 ans et une médiane à 46.5 ans.

1.4. Années d'exercice

Les médecins interrogés exerçaient leur activité depuis 1.5 an jusqu'à 35 ans, avec une moyenne à 17.53 ans et une médiane à 18.25 ans.

1.5. Lieu d'exercice

Tous les médecins participants exerçaient dans un cabinet médical, 14 en cabinet de groupe et un seul en cabinet individuel. 5 médecins exercent à Coudekerque-Branche, 2 sur Bergues, 7 sur Calais et 1 sur Fréтин.

1.6. Durée des entretiens

La durée des entretiens enregistrés a varié de 9 à 16 minutes.

2. Représentation des médecins de la sexualité du post-partum

2.1. Une sexualité mise de côté

Pour beaucoup de médecins, l'arrivée d'un bébé dans un couple, bouleverse l'ordre des priorités. L'ensemble des efforts est concentré sur le nouveau-né et **la sexualité du couple est écartée**. M6 : « *dans le post-partum direct, elles sont plus souvent préoccupées par leur rôle de mère que par leur rôle de femme* », M11 : « *La priorité, c'est le bébé* ».

2.2. Une reprise progressive de l'activité sexuelle

La femme venant d'accoucher **abesoin de temps** pour se ressentir femme, pour se ressentir désirable et retrouver un désir sexuel. M7 : « *Je pense qu'elles avaient plus en tête de récupérer l'intégrité de leur intimité avant d'envisager de la réoffrir* ».

3. Les consultations de médecine générale

3.1. L'abord du sujet de la sexualité

Concernant l'abord de la sexualité du post-partum, plusieurs points de vue cohabitent selon l'aisance du médecin.

Les femmes, après l'accouchement **se livrent très facilement** sur leur expérience et difficulté. M2 : « *les femmes en parlent spontanément, plus que nous.* »

La conversation se fait naturellement en posant des questions simples sur l'accouchement et le retour au domicile. M4 : « *j'ai peut-être un contact assez facile avec les patientes et donc les questions sont posées mais c'est... c'est assez banalisé dans ma consultation. (...) ça se fait naturellement et je ne rencontre pas de problèmes particuliers* ».

Chez certains médecins, **le sujet est évoqué systématiquement** lors des consultations qui suivent l'accouchement. M9 : « *Tout le temps ! Avec toutes les femmes en post-partum* »

Au contraire, **d'autres médecins n'en parlent pas** si la patiente n'évoque pas le sujet. M7 : « *spontanément, je n'en parle pas* ». M12 : « *Disons parfois mais...euh...après, c'est en fait toujours par une demande de la patiente.* »

Enfin, **certaines médecins n'ont jamais eu à évoquer le sujet**, les patientes ne leur posant pas de question sur la sexualité du post-partum. M1 : « *c'est pas un sujet qui m'est très... que j'aborde... euh... que les patientes abordent avec moi mais* »

d'un autre côté que j'aborde... je ne lance pas la conversation sur ce sujet (...) elles ne m'en parlent pas mais d'un autre côté, je ne lui en parle pas non plus, quoi. Donc ça n'ouvre pas la porte à des échanges ».

3.1.1. Le meilleur moment pour aborder la sexualité

L'ensemble des médecins interrogés **conseillent d'attendre quelques mois** pour évoquer la sexualité des jeunes mamans. Ceci laisse le temps pour la femme de se remettre de l'accouchement (qui reste une épreuve). M5 : *« on en parle plus vers 6 mois à ce moment-là, une fois que tout le monde a trouvé sa place »*. M9 : *« Alors après, dans le post-partum immédiat, non mais dans les... je vais dire dans les deux, trois mois qui suivent l'accouchement, oui »*. M11 : *« les femmes enceintes ne parlent pas vraiment de la sexualité du post-partum, en tout cas pas dans les trois premiers mois après l'accouchement. (...) généralement, c'est après trois mois de l'accouchement, dans les trois premiers mois, la demande, elle est quasi nulle ; en tout cas, non... pas demandée spontanément »*.

3.1.2. La manière de l'aborder

3.1.2.1. Chez le médecin généraliste

Pour le médecin généraliste, aborder la sexualité du post-partum peut être délicat, surtout lorsque la demande ne vient pas de la maman. Comme nous l'avons vu précédemment, la question peut être engagée spontanément mais bien souvent le sujet est abordé secondairement.

Certains conseillent également de **ne pas brusquer** la patiente avec des questions trop ciblées, préférant que l'abord du sujet vienne de la patiente. M5 : *« il faut savoir... faut parler au moment où c'est le problème. Il ne faut pas anticiper »*. M11 : *« Quand je les vois pour ça, oui. Euh ... quand elles ne prennent pas rendez-vous, non. Je considère qu'il n'y a pas forcément de problème ou qu'elles n'ont pas envie d'en parler et à ce moment-là, on n'en parle pas. Je ne cherche les problèmes là où il n'y en a pas »*.

Généralement, le médecin généraliste profite de la **prescription de la contraception** pour aborder le sujet de la sexualité du post-partum. M6 : *« Pas directement. Non... A part par le biais de la pilule. »* M10 : *« je le demande assez souvent dans le cadre de la contraception »*. L'examen gynécologique permet également une approche de la sexualité.

3.1.2.2. Pour la patiente

Elles ne prennent rendez-vous que très rarement pour évoquer des difficultés sexuelles. Le plus souvent, c'est lors d'une consultation pour le bébé pour les vaccinations par exemple, qu'elles posent des questions sur d'éventuelles difficultés. Les troubles sexuels sont un motif secondaire de consultation, n'apparaissant qu'en fin de consultation.

3.1.3. Le profil des patientes abordant spontanément la sexualité du post-partum avec leur médecin traitant

Il se dégage de l'analyse des entretiens que les femmes osant discuter de sexualité du post-partum avec leur médecin généraliste sont **issues de la classe sociale aisée et moyenne**. Dans les familles au milieu social défavorisé, avec un niveau d'étude bas ; il est rare d'aborder le sujet. M2 : « *il y a les petits milieux... On en parle très mal, voir pas. Dans les bons milieux, on en parle* ». M12 : « *Ben en règle générale, je dirai qu'au niveau social, c'est plutôt des gens que, je dirai dans la classe moyenne ou aisée et c'est rarement je dirai, la classe ouvrière ou autres* ».

Toutefois, un médecin fait le constat inverse, notant que les femmes issues d'un niveau socio-culturel bas abordaient plus facilement la sexualité du post-partum. M13 : « *un niveau socioprofessionnel...euh... plus bas en fait et...euh... c'est plus ouvrier ou sans emploi que...que cadre* »

Les **primipares** interrogent plus volontiers leur médecin généraliste. N'ayant jamais eu d'enfant auparavant, cette situation nouvelle est source de multiples interrogations et de remises en question. M2 : « *pour les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, euh... Oui... Oui. Je pense... Je pense que c'est nouveau* ». De même, les patientes relativement **angoissées ou anxieuses** poseraient plus spontanément des questions au sujet de la sexualité du post-partum. M3 : « *peut-être des femmes qui sont peut-être plus anxieuses* ».

Un praticien a également évoqué qu'il était plus facile d'aborder la sexualité avec une **patientèle urbaine** qu'une patientèle rurale. M1 : « *on est dans les Flandres quand même ; c'est... même si c'est les Flandres maritimes, c'est pas... culturellement, à mon avis, euh... à Lille ou à Paris ou en milieu très urbain avec... moi, j'ai une... clientèle le bien ne fait pas de bruit, le bruit ne fait pas de bien* »

3.1.4. L'interrogatoire du médecin généraliste

Durant l'interrogatoire, le médecin généraliste peut poser plusieurs questions concernant la sexualité. Il cherche à savoir **si les rapports ont repris**, s'il y a eu des **difficultés ou des douleurs**, mais également s'il y a **des interrogations, des craintes**. M9 : « *je demande si l'activité s'est... a été reprise ou pas, s'il y a des douleurs ou pas, en cas d'épisiotomie* ». M11 : « *je lui demande toujours : « et vous avez une contraception ? Qu'est-ce qu'ils vous ont donné en sortant de la maternité, Et qu'est-ce qui est prévu pour la suite ? Ou est-ce qu'au moins vous mettez un préservatif en attendant de poser un stérilet, de poser... de faire ce qui est prévu. » »*.

3.1.5. L'examen gynécologique

Si la patiente se présente en consultation pour un trouble de la sexualité en post-partum, **l'examen gynécologique** est à réaliser afin de s'assurer qu'il n'y ait pas d'anomalie anatomique qui pourraient expliquer des douleurs ou des gênes

sexuelles. M15 : « *Je vais l'examiner, voir s'il y a un problème qui pourrait expliquer qu'il y a des douleurs, est-ce qu'il y a un problème de cicatrisation...enfin, je vais déjà voir si...s'il y a une origine à...à ces douleurs et après...les conseils, ça peut être de...bah de prendre son temps si...si elle estime que c'est trop tôt, est-ce qu'elle a peur, est-ce qu'elle a franchement mal, de vraiment préciser le problème...pour l'aider* ».

Toutefois, certains médecins ne revendiquent pas un examen gynécologique systématique. Ils évoquent les examens répétés et successifs des gynécologues et sages-femmes pouvant agacer à force la jeune maman. En consultation de médecine générale, les médecins privilégient le relationnel et l'approche psychologique des troubles sexuels. M5 : « *si vous êtes vu par un gynécologue dans le mois, je ne vous examine pas parce que c'est pas la peine de vous examiner... euh... 2 fois* »

3.1.6. Attentes des patientes

En matière de sexualité, et plus encore dans la période du post-partum, les couples présentent des difficultés à définir une norme ; de faire la part entre ce qui est « **normal** » et ce qui ne l'est pas. M11 : « *est-ce que c'est normal d'avoir encore mal ?* »

Lorsqu'elles se rapprochent de leur médecin traitant, c'est justement pour savoir si ce qu'elles ressentent est normal après une grossesse. Elles ont besoin d'être rassurées, de savoir **combien de temps vont durer les douleurs** du périnée. Elles craignent la reprise des rapports sexuels, de **peur d'avoir mal**, de **ne plus ressentir de plaisir** ; mais également la **peur de retomber enceinte** en retour de couche. M3 : « *c'est éventuellement la peur d'enchaîner une nouvelle grossesse, aussi. C'est déjà arrivé, mais surtout aussi... Bon, les douleurs, les gênes et puis... par rapport à une éventuelle grossesse si elles ont des rapports tout de suite* ». M14 : « *peur de retomber enceinte, peur des douleurs (...) les dames qui ont des rapports en post-partum, certaines se plaignent de douleurs, ou alors de baisse de libido en post-partum* »

Elles poseront d'autant plus facilement de questions lorsque l'accouchement fut traumatique avec par exemple une **épisiotomie** ou des déchirures vaginales nécessitant des points de suture. M4 : « *parfois il y a des questions qui sont purement anatomiques, physiologiques toutes bêtes. « Quand est-ce que l'on peut reprendre la vie sexuelle parce que l'on a eu une épisiotomie, parce que l'on a eu une césarienne, parce qu'on... ? » Et voilà* ». M7 : « *dans un cas, il y avait une épisio, on m'avait demandé s'il y avait un délai plus long, « est-ce qu'il y avait des douleurs séquellaires possibles ? » »*.

Généralement, les troubles sexuels sont un **motif secondaire** de consultation, les patientes évoquant d'autres soucis d'ordre général et abordant l'aspect sexuel en fin de consultation. Souvent, les patientes présentant des troubles urinaires, évoquent dans un second temps les troubles de la sexualité. M10 : « *Bon ben la femme vient parce qu'elle a des douleurs et puis elle va expliquer ses problèmes*

sexuels mais c'est souvent une...une démarche...un motif secondaire de consultation. Donc ça euh... ça peut être aussi dans le cadre également des suites d'accouchement... euh...la...la femme vient consulter pour un problème urinaire, hein? de fuites urinaires ou de..; et elle aborde son problème sexuel secondairement. Donc ça, c'est les deux motifs...euh...les plus fréquents qui concernent les problèmes périnéaux. »

La **contraception** en post-partum est un bon motif pour amener la patiente à évoquer leur sexualité. M10 : « on est souvent amené à aborder la contraception du post-partum et donc dans la contraception du post-partum, il faut... bah forcément on parle contraception, on parle un peu de sexualité et puis là...euh...une femme peut évoquer éventuellement ses problèmes. »

La principale question reste : **Quand peut-on reprendre une activité sexuelle après l'accouchement ?** M2 : « Sur l'histoire de... Euh... d'avoir des rapports trop vite ; ça c'est quelque chose qui revient encore assez souvent. Euh... Est-ce qu'il faut attendre ? Ou pas ? Euh... peut-être aussi par rapport aux saignements, est-ce que les saignements vont durer ? Est-ce que ça va aller vite ? Est-ce que je pourrai avoir des rapports très très vite ? »

3.1.7. Conseils du médecin généraliste

Le maître mot de la consultation portée à la sexualité du post-partum est « **rassurer** » la jeune maman. Chez les primipares, il s'agit d'une expérience tout à fait nouvelle, elles n'ont pas de notion de normes ou une idée très restreinte de ce que sera la sexualité après l'accouchement. Certaines auront posé des questions à leur entourage, à leur propre maman. Le rôle du médecin traitant est ici de donner des conseils de bon sens. M12 : « Disons qu'il y en a encore beaucoup de tabous donc à ce niveau-là... et je pense qu'après...euh... au niveau de la sexualité, il y a beaucoup de gens qui ne savent pas s'ils sont vraiment normaux ». M13 : « plutôt rassurants. Elles ont surtout... plutôt besoin d'être rassurées ».

Il convient de rassurer la patiente en lui disant que c'est normal de ne pas ressentir autant de désir qu'avant, que c'est normal d'avoir des douleurs ou de craindre la reprise des rapports. Le désir, le plaisir sexuel reviendront progressivement et il ne faut pas se forcer. **Prendre son temps** et retrouver son intimité. M2 : « une femme qui vient d'accoucher... euh... elle n'a pas forcément envie d'avoir des rapports. Bien souvent les deux voire trois premiers mois, la femme n'a pas du tout envie d'avoir des rapports. Et quelque part, elle veut qu'on lui dise la même chose qu'elle. Parce que ça la conforte ». M7 : « il n'y a pas d'urgence à la reprise de l'activité sexuelle forcément dans le post-partum si...donc si la patiente n'est pas prête... faut gérer la pression qu'elle peut avoir, mais c'est tout, c'est surtout ça qui compte. »

En général, les médecins généralistes conseillent **d'attendre six semaines** pour reprendre des rapports avec pénétration, en rappelant que les rapprochements physiques comme les caresses ou les baisers sont des attentions très importantes. M2 : « Il n'y a rien de choquant qu'une femme n'est pas envie d'avoir des rapports

deux mois, voire trois mois après l'accouchement, surtout s'il y a eu des fils, des déchirures, surtout s'il y a eu des... des petits problèmes à l'accouchement, des gros bébés, des choses comme ça. » M5 : « je dis au couple euh... de rester un petit peu tranquille le premier mois, hein. Et puis de faire attention... de toute façon la dame, elle a... elle a rarement envie et donc... euh... et puis l'homme n'a pas trop envie non plus puisque tout le monde est un petit peu... euh... avec l'arrivée du bébé euh... tout le monde doit retrouver un petit peu sa place ».

De manière plus pragmatique, le **recours à un lubrifiant** est également conseillé en cas de sécheresse vaginale. M9 : « il peut m'arriver de donner comme conseil de, justement de prendre son temps, d'utiliser le lubrifiant ». M10 : « Après, pour tout ce qui est problème... on va dire plus mécanique, de dyspareunies suite par exemple à une épisio un peu difficile, bah là, on peut être amené à... à conseiller sur... je ne sais pas, l'utilisation de gel...hydratant, des choses comme ça ».

3.2. Les freins à l'évocation de la sexualité en cabinet médical

3.2.1. Le « tabou » chez la patiente

Les patientes n'évoquent pas leurs soucis de sexualité avec leur médecin lorsqu'elles jugent que leurs problèmes ne valent pas la peine d'être évoqués ; soit qu'elles estiment que **c'est insignifiant**, soit qu'elles **n'ont pas osé en parler**. M1 : « par... euh... pudeur... ou par habitude ou par pression de la société ».

Il existe également l'idée d'une **banalisation** des troubles sexuels à la suite d'un accouchement, une fatalité ; comme si ces troubles étaient **inévitables** et qu'en parler à son médecin ne changerait rien. M1 : « Parce que pour plein de gens, c'est une fatalité, je ne vais pas embêter le docteur avec ça ».

De même, les médecins n'abordant pas la sexualité avec leurs patients reconnaissent que cela n'encourage en rien la conversation sur les troubles sexuels. M8 : « Je ne sais pas ; parce que je ne l'aborde pas, sûrement ».

Les troubles des parents, les troubles des adultes passent au **second plan** par rapport à la responsabilité qu'ils portent à leur nourrisson. M6 : « Souvent, dans les conditions du post-partum, je... elles me présentent leur...leur nouveau-né et euh... et elles sont plus préoccupées par ça ».

Les patientes se **confiaient plus à leurs proches** et leurs amies afin de trouver leurs réponses à leurs interrogations et ne penseraient pas forcément à interroger leur médecin généraliste. M7 : « peut-être qu'elles en auraient parlé à des amies qui ont l'expérience si elles ont déjà des amies qui ont accouché, des choses comme ça ».

La **proximité avec le médecin traitant** est chose importante ; pour en parler, il faut que la patiente ait confiance au praticien, qu'elle n'ait pas l'impression d'être jugée mais écoutée. M5 : « en connaissant les gens. C'est un peu l'avantage ».

Souvent les médecins généralistes rapportent plus de conversation libre, sans gêne, avec des patientes qu'ils suivent médicalement depuis l'enfance. M2 : « Bon, il

y a des filles, on les a connus gamines ; elles vont facilement me demander des choses. Alors que peut-être que le fait de les avoir connus depuis longtemps, Oui. Moi, je pense. Je pense que ça c'est très important. Parce que quelque part, une femme que l'on connaît depuis... une fille que l'on connaît depuis 2 ans, on n'en parle beaucoup, beaucoup moins ».

3.2.2. Sujet non évoqué par le médecin généraliste

Certains médecins généralistes n'évoquent jamais les problèmes de sexualité du post-partum pour plusieurs raisons.

3.2.2.1. *Manque de temps*

Les médecins généralistes évoquent souvent le **manque de temps** pour pouvoir aborder ce sujet. M3 : « *C'est le faire en une seule consultation, parfois il faut contrôler déjà gynécologiquement si l'épisiotomie n'est pas bien cicatrisée... ça prend trop de temps, alors peut-être c'est pour ça aussi que je n'en parle pas forcément si elles ne m'en parlent pas mais c'est vrai que je n'ai jamais moi-même abordé comme ça... je pense que c'est par manque de temps, je n'ai pas le réflexe non plus d'en parler* ». Les patientes ne prennent rendez-vous que très rarement pour parler de leur sexualité et utilise bien souvent les **consultations dédiées à leur bébé** pour parler de leur intimité. M5 : « *il y a beaucoup de choses à penser. Puisqu'elle vient souvent avec bébé, donc euh... la consultation est pas mal chargée quoi, la consultation post-partum* ».

Généralement, une consultation en médecine générale dure **quinze minutes**. Déjà que l'examen du nourrisson fait partie des actes de médecine générale les plus chronophages (comprenant l'interrogatoire, déshabillage, examen, prise des mesures, vaccins...), les médecins avouent tout simplement ne pas avoir de temps à consacrer à la maman. M11 : « *vous voyez le bébé et puis la maman qui vous pose une petite question en fin de consultation : « et ma contraception ? » ou... à ce moment-là, ça dépend du temps que vous avez mais on demande de reprendre un rendez-vous mais c'est pas du tout la question prioritaire* ». M13 : « *Je n'y pense pas...euh...forcément parce que...elles ne viennent pas forcément en consultation pour elles, elles viennent plus pour la consultation de l'enfant et, bon ben...dans cette consultation, elles posent quelques questions pour elles. Mais... au départ, c'est la consultation de l'enfant qui prend déjà du temps* ».

3.2.2.2. *Manque d'assurance, de connaissance*

Certains ne se sentent pas suffisamment formés dans ce domaine, ne sont pas à l'aise pour parler sexualité et évitent tout simplement le sujet. Les études de médecine ne comptent que très peu d'heure (voir même de minutes) de cours traitant de la sexualité ; la sexualité du post-partum n'est tout bonnement jamais abordée.

Quelques médecins ont participé à des formations supplémentaires ou des séminaires sur la sexualité mais là aussi, la sexualité du post-partum n'est pas développée ; la grande majorité des formations se portant essentiellement sur les dysfonctions érectiles et leurs traitements.

3.2.2.3. Manque d'intérêt

Pour quelques médecins, la question de la sexualité est une **question mineure**, non essentiel. M8 : « *Non, c'est même pas le manque de temps. On pourrait en parler mais... c'est l'intérêt, dans quel but après. Donc, soit elles ont un souci et elles me le disent... C'est l'intérêt d'en parler et dans quel but ? Pour aller jusqu'où, pour arriver à quoi ?* ». Dans ce cas, il s'agit d'un **sujet conjugal** en opposition avec le médical et le médecin n'a pas pour vocation de s'introduire dans l'intimité des patients. M12 : « *j'estime que l'on est peut-être confident, etc. et après il faut faire attention à l'indiscrétion. Entre être un confident, un conseillé et un thérapeute, je pense que ça ceux sont des sujets délicats* ».

3.2.2.4. Le genre du médecin

Chez les **hommes médecins** n'évoquant pas spontanément la sexualité de leurs patientes en post-partum, la plupart évoquent une gêne du fait justement d'être un homme. Ils considèrent les questions relatives à l'intime **trop intrusives** et ont peur que leurs propos soient mal interprétés. M1 : « *le fait que je sois un homme et le type de relation que j'ai avec mes patientes... Euh... ça ferme peut-être un peu le... la conversation à ce sujet... Euh... Enfin, moi... je... j'ai même pas souvenir d'avoir abordé ces problème purement de sexualité post-partum* ».

A l'inverse, les **femmes médecins** recueillent **plus de confidences** de leurs patientes. M13 : « *Ouais, je pense que c'est plus facile à aborder avec les femmes* ». M14 : « *Peut-être pour certaines, oui. Pour d'autres, je ne sais pas mais oui, ça peut être un avantage. Femme médecin* ». Cela tient du fait que plus de femmes médecins pratiquent des **examens gynécologiques**, toujours propices à évoquer la sexualité. M15 : « *ce n'est pas trop dur parce que je suis une femme (tousotement), parce que je fais un peu de gynéco, donc ça du coup, je leur parle de contraception généralement après l'accouchement et c'est à ce moment-là où ça peut... ça peut engendrer des questions sur la sexualité, tout en sachant que c'est rare* ». De plus, les femmes médecins peuvent évoquer leur expérience personnelle en matière de maternité, ce qui peut mettre en confiance la patiente.

Mais dans la majorité des cas, les **hommes médecins** affirment n'avoir **pas de difficulté** à évoquer la sexualité avec une patiente. M10 : « *Le fait que je sois un homme, ça ne me dérange pas,* ». La question du genre ne serait pas un problème, c'est la relation médecin-patient qui importe, une **relation de confiance**. M11 : « *Je crois que c'est surtout dans le relationnel avec la patientèle ; c'est surtout la relation de confiance, c'est pas tellement le fait d'être une femme ou d'être un homme mais c'est plutôt d'être abordable et de...des fois de poser la question, d'aiguiller... d'aiguiller dans le sens... dans le bon sens* ».

3.2.2.5. L'âge du médecin

Lorsque l'âge du médecin et celui de la patiente sont équivalents, l'abord de la sexualité peut être gênante, d'autant plus que le médecin est un homme. En prenant

de l'âge, le médecin acquiert de l'expérience et s'éloigne peu à peu de toute ambiguïté. M12 : « *Après, en fait, c'est sûr que maintenant, l'âge avançant, j'ai peut-être plus l'image d'un sage que d'un jeune donc (rire) ça aide peut-être parce qu'en fait, à ce niveau-là, je pense que ça peut désexuer la relation* ».

4. Le rôle du conjoint

Le conjoint a une place prépondérante dans la sexualité du post-partum. En effet, tout comme la maman, il change de statut et **devient également papa**. Il est le premier soutien de la jeune maman. Toutefois, en matière de sexualité, les hommes n'ont pas les mêmes attentes que les femmes. Après l'accouchement, l'intimité du couple est bouleversée et un **nouvel équilibre prend place**. M10 : « *Rarissime. J'ai...Oui, mon impression...Alors après c'est...c'est une démarche différente aussi. C'est la différence de la fonction familiale, enfin, l'arrivée de l'enfant ; il replace le couple dans un climat, dans une famille différente ; chacun doit retrouver sa place ; l'amante devient maman, le papa, il devient père de famille aussi et donc le père là-dessus, souvent, j'ai l'impression qu'il se fait tout petit. (rire) C'est un petit peu mon ressenti, alors des fois, il a du mal à trouver sa place. L'allaitement aussi, je n'ai pas parlé de l'allaitement...euh... en particulier, l'allaitement où la maman continue à avoir, je vais dire, une relation fusionnelle avec son enfant et où des fois, le mari est un petit peu à l'écart et donc...euh... je parlais de libido... de la femme tout à l'heure et peut-être que la libido de l'homme est diminué par...par le côté...euh...relation fusionnelle de la maman avec son enfant. Donc, dans le cadre de l'allaitement, c'est peut-être des choses que j'ai pu remarquer* ».

En règle générale, le conjoint est très rarement présent lors des consultations du post-partum. Le congé paternel étant très court, il reprend vite le travail et la maman prend en charge les examens médicaux et vaccinations du bébé. De ce fait, aborder la sexualité du post-partum avec le papa est **rarissime**. M6 : « *Très rarement le conjoint est présent à la première consultation...euh...post-natale* ». M12 : « *en général, quand la femme parle de ça, elle est seule. Euh... après c'est sûr que si on peut... choper le mari ou le compagnon, partenaire, on peut éventuellement avoir des questions un petit peu orientés mais... à ce niveau-là les hommes sont beaucoup plus pudibonds ; en général, ils n'évoquent rien* ».

En général, quand le conjoint se déplace, il est beaucoup plus préoccupé par **les besoins du bébé** que des troubles éventuels de la sexualité. M11 : « *les conjoints, oui. Je reçois les papas poules. Donc les papas poules, ils sont occupés par le bébé (rire) que par... que par la maman ; elle est importante aussi mais la sexualité, ce n'est pas du tout une question des conjoints. Ils sont bien plus inquiets de savoir quel est le vaccin que l'on va faire au petit dernier qu'au... que la sexualité* ».

Le conjoint est souvent un soutien mais il peut également être la source de **pression**. M7 : « *parce qu'elles ont un petit peu la pression du côté du conjoint* ». Les médecins généralistes interrogés retrouvent un certain **agacement, d'impatience** venant du conjoint, trouvant que les choses n'évoluent pas assez vite.

Et les patientes culpabilisent d'être à l'origine de cette frustration. M2 : « *Parce que ce côté rassuré, elles ne l'ont pas toujours du côté de leur... de leur mari, de leur conjoint* ». M3 : « *moi, c'est parce que ça me fait mal, ça me gêne, je ne me sens pas encore bien mais je ne voudrai pas que mon mari pense que je ne l'aime plus ou...* » M5 : « *l'homme est toujours plus demandeur(...) si par exemple madame n'a pas envie, ça peut gâcher la vie sexuelle antérieure. Qu'après... la dame n'est plus du tout franchement envie* ».

5. Les différents professionnels de santé

5.1. Les gynéco-obstétriciens

Les relations entre les médecins généralistes et les gynécologues sont cordiales. Les médecins traitants reprochent souvent à la maternité d'être expéditive, de prescrire systématiquement une contraception pas toujours adaptée et de **ne pas informer les patientes** sur la suite de couche. M10 : « *ici, on a une maternité où les... euh les...les femmes sortent toutes sous contraception micro-progestative* ». M11 : « *en général, elles sortent avec un beau courrier de la maternité qui dit : « elle reverra son gynécologue dans les six semaines pour sa contraception » et je saute au plafond parce que j'ai eu un certain nombre de grossesse débutées juste après la sortie de la maternité donc il y a une reprise des activités sexuelles juste au retour et avec deux grossesses avant retour de couche de mamans qui n'étaient pas venues pour ça et qui attendaient gentiment son... sa consultation chez le gynécologue* ».

De plus, le **manque de gynécologues** amène souvent les médecins généralistes à faire du suivi de grossesse. M1 : « *les obstétriciens font le suivie de grossesse mais très tard* ». M15 : « *la balance s'inverse un petit peu parce que les gynécos ils sont ultra pris* ».

Les troubles de la sexualité du post-partum **ne sont jamais abordés** par les gynécologues ; ils restent de bon praticien pour toutes pathologies anatomiques mais sont peu enclin à la discussion, évitant tant que se peut le versant psychologique de la médecine. M1 : « *je crois que les gy... avec les gyné... avec les obstétriciens, à mon avis, vu avec la vitesse à laquelle ils travaillent et la pression du... à mon avis, j'ai pas... je ne suis pas persuadé qu'ils abordent le sujet beaucoup plus qu'avec moi* ». M6 : « *je pense d'une manière générale que ça ne doit pas être un thème...très approfondi même chez...même chez nos amis gynécologues obstétriciens* ».

5.2. Les sages-femmes

Les sages-femmes sont **plus à l'écoute** des jeunes mamans. M1 : « *je suis persuadé que ces problèmes sont plus... sont plus souvent abordés avec euh... par exemple les sages-femmes libérales* ». M6 : « *peut-être avec les sages-femmes qui*

font les suivies (...) le sujet est peut-être plus librement abordé qu'avec leur médecin généraliste ».

Elles sont formées au **suivi de grossesse** et consacrent du temps au relationnel. M1 : « *c'est fait par la sage-femme, parce que comme il y a quand même un déficit de... d'obstétriciens, le suivi de grossesse, avant l'accouchement, est fait par les sages-femmes la plupart du temps, même les sages-femmes libérales* ». Mais elles s'occupent de plus en plus des suites de couches et des **visites en post-partum**. Leur rôle ne se résume plus au suivi de la grossesse et l'accouchement. M4 : « *je trouve que ça nous aide énormément. Les sages-femmes sont de plus en plus présentes ; il y a même des suivis après l'accouchement qui sont intéressants, avec des visites pour l'enfant, pour la femme ; je pense que c'est un plus* ». M8 : « *Oui, sages-femmes, ça commence que maintenant parce qu'avant c'était rare... Maintenant, c'est plus les sages-femmes qui suivent les grossesses* ».

A l'extrême, certains médecins généralistes pensent que les problèmes de sexualité à la suite d'un accouchement est plus **du ressort des sages-femmes**, celles-ci étant plus disponibles que les gynécologues. M15 : « *mais pour autant, je pense que... c'est plus réservé au cadre de ... des gynécos purs ou des sages-femmes (...) la balance s'inverse un petit peu parce que les gynécos ils sont ultra pris et que s'il n'y a pas de pathologie entre guillemets, ça reste... il y en a beaucoup qui dévient vers les sages-femmes* ».

Elles prodiguent de **bons conseils**, peuvent être de bonnes interlocutrices pour aborder la sexualité du post-partum. M2 : « *Je pense que les sages-femmes, elles le font... elles le font aussi intelligemment, (...) Oui, elle est de bon conseil* ».

5.3. Les psychologues

L'orientation vers des psychologues est chose **plutôt rare**. M5 : « *Jamais de psychologues non plus* ». M13 : « *pas par rapport à la sexualité, plus pour la dépression post-partum, autre chose* ». Cela se produit en dernier recours après vérification qu'il n'y ait pas de causes anatomiques aux difficultés sexuelles. Les patientes sont souvent adressées chez un psychologue dans le cadre de la **dépression du post-partum** mais rarement pour des troubles sexuels. M12 : « *pour ce genre de problème-là... pas en première intention. Ça arrive surtout quand il y a des problèmes de libido mais qui n'a pas d'explication anatomique ou physiologique, non chirurgicale. Et surtout quand on sent... enfin, quand on sent qu'il y a une tension avec le partenaire ou autre* »

5.4. Les sexologues

Adresser une patiente en post-partum à un sexologue est également **très rare**. M2 : « *ça m'est jamais arrivé* ». Il s'agit d'une spécialisation peu courante. Les rares prises en charge chez un sexologue concernent **les femmes ayant déjà des difficultés** avant la grossesse. M4 : « *Oui, dès que je vois que c'est une situation un*

peu complexe, donc... je... je... j'adresse les patients aux psychothérapeutes, voire un sexologue. On a d'ailleurs quelques correspondants dans la région qui sont... qui sont pas mal en sexologie, qui ont une bonne formation ». M12 : « si le problème est complexe, c'est sûr que l'on peut éventuellement diriger vers un confrère spécialiste ou... sinon, enfin... par exemple les recours au sexologue, c'est rare ».

6. L'intérêt d'aborder la sexualité du post-partum

L'intérêt d'aborder le sujet est d'abord de rechercher un possible problème. Il se peut que la patiente n'ose pas en parler par **pudeur ou honte** ; si le médecin aborde de son propre chef la dysfonction sexuelle, cela permet de **débloquer ce non-dit**. M4 : « *je pense que... parfois il y a... surement des patientes qui n'en parlent pas, il y a un non-dit, peut-être une souffrance et c'est vrai qu'en abordant la question, on pourrait peut-être connaître des problèmes qui nous échappent* », M5 : « *de rentrer peut-être dans des problèmes qu'ils n'osent pas en parler. Donc euh... il faut mieux leur en parler que ça reste... euh... un... un sujet tabou* ».

Le médecin généraliste a pour mission le bien-être de ses patients et cela passe aussi par un **bien-être sexuel**. M9 : « *la sexualité est importante, la sexualité ne doit pas être tabou dans le post-partum ou autre et puis vie sexuelle épanouie fait partie des critères de bonheur et à mon avis de bonne santé. Selon la définition HAS de bonne santé, il y a un bien-être physique mais aussi moral. Quand on est en souffrance d'un point de vue sexuel et que l'on n'ose pas en parler à son médecin, bah c'est un peu dommage* ». M11 : « *voir comment le... la femme vit sa grossesse et comment elle va, c'est-à-dire qu'une maman qui a déjà repris une sexualité, on sent que ça se passe bien avec le bébé* ». M12 : « *essayer de résoudre leurs problèmes, ça peut permettre justement d'avoir une vie un peu plus épanouie parce que je suis de ceux qui pense que si on a une sexualité épanouie, ça rend quand même beaucoup de services dans la vie de tous les jours* ».

L'intérêt est également de **délivrer quelques conseils**, de rappeler aux jeunes mamans qu'il est important de prendre du temps pour soi et pour son couple. Aborder le sujet de la sexualité permet de **rassurer** les couples en les informant sur les possibles difficultés sexuelles qu'ils pourraient rencontrer et ainsi leurs donner des conseils pour les surmonter. M2 : « *Je crois que ça les réconforte. Elles attendent qu'on aille dans leur sens* », M6 : « *Probablement que... que ça leur rapporterait... Euh... Bah de se préparer de ce qu'il va se passer après l'accouchement, des difficultés peut-être de retrouver une libido, une sexualité antérieure* ».

7. Les améliorations envisagées concernant la sexualité du post-partum

La recherche plus systématique des problèmes de sexualité du post-partum aiderait déjà à la prise en charge, ne serait-ce que pour quantifier ces dysfonctions sexuelles. M7 : « *ça permettrait de dépister les situations à problème, et puis après,*

en cas de problème, éventuellement orienter vers un spécialiste mais... pour améliorer la prise en charge, peut-être juste améliorer le dépistage des problèmes ».

Certains médecins proposent de dédier une consultation consacrée exclusivement à la femme quelques semaines après l'accouchement pour rechercher des difficultés, des gênes qui perdurent depuis l'accouchement. M10 : *« ce n'est pas un motif de consultation, c'est souvent un motif secondaire et... bah il faudra peut-être prendre le temps de l'aborder à part entière »*. M11 : *« je pense qu'il faudrait une consultation dédiée pour les femmes, c'est-à-dire que... euh... il y a une consultation... euh... pour le bébé mais il faudrait une consultation pour la maman, ne serait-ce que pour revoir le minimum, la contraception à la sortie de la maternité ; et puis souvent, elles ont des petites carences en fer, elles sont fatiguées, enfin... euh... voir un peu déprimées, voir un peu dépassées par les événements ou le petit dernier qui se remet à faire pipi au lit quand le petit frère est arrivé. Enfin, il y a pas mal de petits problèmes annexes à gérer en dehors du nouveau-né ; c'est vrai qu'une consultation supplémentaire, ce ne serait pas du luxe ! »*

Une formation professionnelle serait également la bienvenue, les médecins se plaignant de n'être pas sensibilisés à ce sujet durant leurs années d'études. Ils se font actuellement leur propre expérience après des années d'exercice, sans trop d'assurance et quelques maladroites. M6 : *« je pense que c'est un des thèmes...un thème futur à aborder dans la formation de ... ou alors sensibiliser au moins... les futurs médecins à cette partie-là de la vie de nos patients »*.

Certains médecins évoquent une information plus largement diffusée auprès des couples en âge de procréer concernant les possibles difficultés sexuelles à la suite d'une grossesse et accouchement. M1 : *« une communication avec le grand public »*.

Discussion

1. Les forces et les biais de l'étude

1.1. Les forces

1.1.1. Intérêt de l'étude

Les données bibliographiques montrent qu'il existe très peu d'études portant sur l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale. Certaines thèses se sont intéressées à la sexualité des adolescents ou des personnes âgées mais la sexualité du post-partum n'a jamais été évoquée.

Le choix des entretiens semi dirigés individuels m'a permis d'aborder un sujet intime comme la sexualité avec des médecins généralistes de Dunkerque et Calais et de ses agglomérations.

1.1.2. Validité interne

La validité interne consiste à vérifier si les résultats sont fidèles à la réalité. Elle est assurée par la triangulation. Elle consiste à réaliser une double lecture des entretiens avec un deuxième codage. Cette technique permet d'éviter l'écueil de la subjectivité de l'interprétation.

L'autre technique pour assurer la validité se base sur la saturation des données. Cette saturation consiste à réaliser des entretiens jusqu'à ce que plus aucune nouvelle donnée pertinente n'apparaisse.

1.1.3. Validité externe

La validité externe consiste à pouvoir généraliser les résultats trouvés à d'autres domaines ou objets. Pour cela, je me suis assuré que de la plus grande diversité de l'échantillon.

1.2. Les limites

1.2.1. Limites liées au sujet de recherche

La sexualité étant un sujet sensible, toute étude concernant ce sujet est à risque de biais.

1.2.2. Limites liées aux entretiens

Il existait un biais lié à l'appropriation de la méthode car il s'agit de mon premier travail qualitatif.

Un biais d'intervention a pu survenir lors des entretiens. J'ai tenté d'être le plus neutre possible, mais certaines reformulations pouvaient parfois orienter les réponses. L'écoute des entretiens m'a permis de me rendre compte que certaines idées auraient mérité un approfondissement, permettant d'améliorer les entretiens suivants.

Enfin, le biais d'interprétation est lié au fait d'avoir pu être influencées par notre vécu, notre histoire, nos représentations. Il est limité par l'analyse indépendante de chaque entretien et par leur confrontation.

1.2.3. Limites liées au recrutement

Il existait un biais de sélection majeur. L'enquêteur avait déjà eu des relations professionnelles, à titre de remplacement avec une partie des médecins généralistes interrogés. Les professionnels que je connaissais semblaient plus motiver pour participer à la thèse.

Les médecins étaient au courant à l'avance du thème sur lequel ils allaient être interrogés ; ils ont pu anticiper les questions et préparer des réponses.

1.2.4. Limites liées aux conditions d'entretien

Le dialogue a été parasité lors de certains entretiens par des sonneries de téléphones ou d'interphone. Les entretiens étant réalisés pendant les heures de consultation, la durée et le risque de retard sur leur planning a pu écourter certains entretiens.

1.2.5. Limites liées aux participants

Il peut exister une différence entre la parole des médecins généralistes et la réalité. Cette variation peut être expliquée par le souci de se conformer à l'image du médecin « modèle », de valoriser sa pratique.

2. Discussion des résultats

2.1. Objectif principal

L'objectif principal était d'essayer de répondre à la question : « Comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité du post-partum avec leurs patientes ? »

2.1.1. Une prise en charge variée

J'ai pu mettre en évidence au cours de l'étude de multiples pratiques de prise en charge de la sexualité du post-partum par les médecins généralistes. Elle va d'un abord systématique des troubles éventuels de la sexualité à une absence totale

d'évocation en passant par des discussions occasionnelles sur le sujet. L'abord de la sexualité est extrêmement dépendant de la pratique du médecin généraliste.

La visite du post-partum est une consultation médicale recommandée pour la patiente ayant récemment accouchée et l'occasion d'évoquer éventuellement la reprise des rapports sexuels. Cependant, peu de médecins réalisent cette consultation. Dans une thèse de sage-femme réalisée dans le Puy-de-Dôme, seul 2 médecins interrogés sur 17 réalisaient cette visite. (4)

Dans cette même étude, les médecins généralistes se sont révélées être les professionnels les moins à l'aise. Les femmes médecins étaient significativement plus à l'aise que les hommes (70% très à l'aise contre 7%) pour parler de sexualité avec les patientes en post-partum. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'elles aient pu avoir vécu cette expérience de la grossesse, du nouveau rôle de mère, et éventuellement des difficultés sexuelles du post-partum.

2.1.2. Peu de consultation pour la maman

La période qui suit un accouchement est très particulière ; l'ensemble des efforts se porte sur le nourrisson et les problèmes des adultes sont généralement mis de côté. C'est ainsi que la jeune maman consulte que très rarement pour des problèmes personnels.

Néanmoins, elle profite fréquemment d'une consultation pour leur bébé (examen obligatoire, vaccination) pour glisser quelques soucis ou remarques sur la reprise des rapports.

Certains médecins ont rappelé l'intérêt de proposer une consultation dédiée exclusivement à la maman pour évoquer les éventuels problèmes rencontrés au retour au domicile après l'accouchement. Cela permettrait de revoir la contraception et de demander explicitement à la maman si elle a ressenti de la gêne, irritation, douleur lors de la reprise des rapports.

2.1.3. L'abord de la sexualité

D'après les résultats de l'étude, une minorité de médecins interrogés précisaient systématiquement le contexte sexuel lors de consultations après un accouchement. Pour la majorité des médecins, ils ont besoin d'un motif pour aborder la sexualité de leurs patientes.

Lors d'un travail de mémoire d'une sage-femme étudiant les pratiques des professionnels de santé autour de la sexualité du post-partum, il apparaît que parmi les professionnels abordant le sujet occasionnellement, la majorité (70%) l'aborde lorsque la patiente aborde elle-même le sujet. Les patientes estiment pourtant que l'initiative pour parler de sexualité lors d'une consultation doit venir du professionnel de santé.(9)

Dans son étude, Alain Giami identifie quatre postures qui participent au processus de spécialisation informelle en médecine générale, entendu comme un processus de construction et d'orientation sélective de la pratique professionnelle des médecins généralistes. (30)

Dans une première posture, les médecins généralistes revendiquent en quelque sorte leurs stratégies d'évitement de la prise en charge des problèmes liés à la sexualité qu'ils attribuent à leur ignorance, leur absence de formation et aux difficultés liées à leur gêne pour aborder ces questions.

Dans la seconde posture, les médecins généralistes traitent les problèmes liés à la sexualité selon le modèle de l'appropriation médicale, à partir de l'approche par la nosographie et les traitements médicaux.

Dans la troisième posture, les médecins généralistes abordent la sexualité en prenant en compte la dimension psychologique et relationnelle, aussi bien en ce qui concerne la vie sexuelle des patients, que les dimensions de la relation médecin-patient.

Enfin, un petit groupe de médecins généralistes « tout-venant » qui placent la sexualité au centre de leur pratique en médecine générale et considèrent qu'elle constitue une dimension du bien-être ont été regroupés sous la quatrième posture.

J'ai constaté lors de mes entretiens, que le moment le plus propice pour évoquer la reprise des rapports sexuels avec la patiente était la prescription d'une contraception.

2.1.4. Les questions posées par le médecin

Comme décrit dans la littérature, la question la plus abordée lors des consultations faisant suite à un accouchement était le moyen de contraception utilisé en post-partum.

Ensuite, il s'agissait de la reprise des rapports sexuels, du motif d'une non reprise de l'activité sexuelle et des difficultés rencontrées.(4)

Lors d'un travail de mémoire de sage-femme datant de 2014, l'entente du couple depuis la naissance n'était abordée que chez 30% des professionnels, la communication du couple concernant la sexualité et le ressenti du partenaire abordée dans 20% des cas sont les questions les moins abordées. La communication dans le couple est pourtant garante de l'entente du couple et donc d'une sexualité harmonieuse.

2.1.5. Les informations délivrées

L'information la plus délivrée par les professionnels de santé abordant le sujet de la sexualité était l'importance de la rééducation périnéale. La rééducation périnéale paraît donc être une information importante pour les professionnels de santé. Mais on peut se demander si son importance était pour les professionnels, de

prévenir d'éventuels troubles périnéo-sphinctériens ou de retrouver une sexualité satisfaisante.(4)

Dans l'étude réalisée par une sage-femme en 2014 dans le Puy-de-Dôme, moins de 70% des professionnels ont déclaré informer la patiente de la modification physiologique de l'activité sexuelle en post-partum.

Dans cette même étude, 40% des professionnels ont déclaré informer les patientes de la possibilité de consulter un spécialiste si des difficultés persistent.

2.2. Objectifs secondaires

2.2.1. Le rôle du médecin généraliste

Chez la majorité des médecins interrogés, le rôle du médecin généraliste reste central. Le médecin est capable de prendre en charge les troubles de la sexualité de leurs patients même en période post-partum même s'ils manquent de formation dans ce domaine.

Il existe un paradoxe entre la prise de conscience de l'intérêt du sujet et le sentiment d'illégitimité de l'abord par les médecins.(29)

2.2.1.1. *L'intérêt reconnu par les médecins de la sexualité du post-partum*

Les médecins interrogés reconnaissent pratiquement tous l'intérêt à aborder ce sujet avec leurs patients à la suite d'un accouchement. Cela est bien en concordance avec la place que l'OMS accorde à la santé sexuelle depuis 1974. De plus, si on se réfère à la définition européenne de la Médecine Générale élaborée par la Wonca (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) en 2002, les médecins généralistes ont toutes les compétences pour ce type d'abord. (31) En effet, 6 compétences fondamentales sont décrites chez le médecin généraliste, parmi lesquelles l'adoption d'un modèle holistique. Ce modèle est défini comme suit : savoir utiliser une dynamique biopsychosociale qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles du patient. L'abord de la sexualité du post-partum rentre tout à fait dans ce champ de compétences.

2.2.1.2. *L'illégitimité de l'abord pour les médecins*

Pourtant, d'après mon étude, les médecins généralistes se disent démunis pour aborder cette sexualité du post-partum.

Lors des entretiens, ils exposent plusieurs arguments pour légitimer leur absence d'initiation de ce sujet au sein de leur cabinet. L'étude de S. Godet retrouvait des motifs similaires invoqués par les médecins généralistes refusant de prendre en charge les dysfonctions sexuelles ; l'absence de formation était retrouvée

chez 76% d'entre eux, l'embarras pour 24%, les consultations trop longues pour 12%, l'absence de cotations de la sécurité sociale pour 6%. 59% d'entre eux estimaient qu'il était préférable d'adresser leurs patients souffrant de troubles sexuels à un spécialiste. (32)

Au-delà de ces raisons mentionnées, on retrouve une difficulté des médecins généralistes à communiquer sur ce sujet. En comparant à la littérature, ce phénomène est retrouvé communément lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité ; sans distinction de classe d'âge. Ainsi, Marie Barais dans sa thèse sur l'éjaculation prématurée(33) retrouve que les médecins manquent de technique de communication et font alors preuve face à l'embarras et à la gêne ressentis chez leurs patients de stratégies comme l'humour ou l'expression d'une vision fonctionnaliste de la sexualité.

2.2.1.3. Un cercle vicieux

N'ayant pas les outils adéquats pour aborder ce sujet, les médecins voient leur impression d'illégitimité empirer. Et ceci constitue un évitement de l'abord de la sexualité. Car cela les renvoie à un sentiment de dévalorisation professionnelle, voire à leur propre sexualité. Ils craignent, qu'à l'abord de ce sujet intime, ils n'arrivent pas à garder une certaine distance et la neutraliser si nécessaire.

S. Oriol révèle dans sa thèse (29) que les perceptions de thématiques « taboues » ou « illégitimes » interviennent dans le ressenti d'une gêne lors de la production d'un discours sur la sexualité, en l'absence de formation à la communication dans ce domaine. Même constat dans cette étude grecque réalisée en 2006 (34), parmi les quatre facteurs prédictifs de l'implication des médecins face aux pathologies liées à la sexualité, l'entraînement aux techniques de communication est le facteur le plus fort.

2.2.2. La place des autres professionnels de santé

Un mémoire de sage-femme en 2011 s'est intéressé à la place qu'occupent les sages-femmes dans la prévention des troubles de la sexualité à la suite d'une grossesse. A l'unanimité, les sages-femmes reconnaissent que leur métier, par son suivi privilégié des femmes du début de grossesse jusqu'à quelques semaines après l'accouchement, les place dans une situation favorable pour informer les couples. Les sages-femmes en consultation se sentent investies d'une mission de prévention.(9)

2.2.3. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

Il s'agissait principalement du manque de temps lors de la consultation et du manque de formation. Dans l'étude de sage-femme menée en 2014, l'investigatrice pose l'hypothèse que : « Le manque de temps lors des consultations ne serait-il pas

un prétexte de la part des professionnels qui ne souhaitent pas s'occuper de la sexualité ? »(4)

Comme nous l'avions vu précédemment, la gêne venant de la patiente ou du médecin et l'impression de ne pouvoir apporter de solution peuvent être des difficultés rencontrées par les professionnels.

2.2.4. Les facteurs d'amélioration de l'abord

2.2.4.1. Le développement de la formation

Les carences des médecins dans la maîtrise des techniques de communication ainsi que le manque de savoir théorique freinent leur abord. Les médecins généralistes interrogés ont signalé n'avoir eu aucun enseignement sur la sexualité du post-partum, aussi bien dans leur cursus universitaire initial que dans les programmes de formation continue. Le même constat revient dans la thèse de S. Oriol (29) : les médecins formés en France constatent l'absence de formation sur la sexualité humaine et les difficultés associées.

On comprend alors bien la difficulté qu'ils peuvent avoir à aborder un sujet qu'ils ne maîtrisent pas, par manque de connaissance. Dans une société avide de normativité où c'est le médecin qui définit le sain et le malsain, le bon et le mauvais, le bénin et le malin, le normal et le pathologique, le risque est que ce manque de connaissances et les représentations erronées qui en découlent deviennent la norme.

Il paraît alors évident que le développement de formation sur ce sujet servirait à mettre à mal les fausses croyances sur la sexualité du post-partum et à dédramatiser son abord lors des consultations de médecine générale. Ainsi nous devons repenser l'enseignement universitaire, et inclure la sexologie dans les programmes des études médicales, aussi bien dans le socle commun que dans celui du DES (diplôme d'études spécialisé) de médecine générale.

Surtout que l'enjeu de santé publique n'est pas vain. La prise en charge des dysfonctions sexuelles pourrait être à l'origine de nombreuses préventions primaires ou secondaires pour d'autres maladies. En effet, si la médecine générale prenait plus en compte les problématiques sexuelles dès leurs prémises, elle pourrait répondre aux questions les plus fréquentes et anxiogènes rencontrées après un accouchement afin d'éviter les angoisses et les tensions au sein d'un couple.

2.2.4.2. La coordination du réseau pour faciliter l'adressage

Le but du développement de la formation n'est pas que tous les médecins généralistes soient des experts en sexologie, mais plutôt qu'un regard plus aiguisé leur permette d'orienter aussi plus facilement leurs patients. Cependant, dans l'étude de S. Godet, l'intérêt pour les troubles de la sexualité n'est pas aussi évident chez tous les spécialistes d'organe cible. Par exemple, les gynécologues ne se sentent concernés qu'à 36%. Il existe un manque de cohérence dans une discipline partagée

par différents corps de métiers, ce qui explique que les médecins généralistes ne savent pas spécifiquement vers qui se tourner pour adresser leurs patients.(29)

2.2.4.3. *Consacrer une consultation dédiée à la sexualité du post-partum*

Une suggestion revient souvent chez les médecins interrogés ; il s'agirait de consacrer une consultation exclusivement à la jeune maman à la suite de l'accouchement. Cette consultation serait l'occasion d'aborder le vécu de l'accouchement, la contraception mais également les troubles liés à l'accouchement tels que les douleurs, l'incontinence urinaire, la fatigue et bien sûr la reprise d'une activité sexuelle. Cela permettrait de rechercher systématiquement les troubles de la sexualité en post-partum.

Conclusion

Les troubles de la sexualité du post-partum sont pris en charge de manière inégale par les médecins généralistes ; certains n'évoquant jamais le sujet et préférant l'éviter et d'autres d'abordant systématiquement. Dans l'ensemble, les médecins généralistes abordent peu la sexualité du post-partum. Le manque de temps consacré à la consultation, le manque de formation dans ce domaine ou tout simplement le manque d'intérêt sont des raisons évoquées pour expliquer l'évitement du sujet.

La sexualité de la jeune maman est en général abordée lorsque les patientes posent directement des questions. Les médecins généralistes ont besoin d'un motif pour aborder ces questions intimes ; la prescription d'une contraception reste un bon prétexte à aborder la sphère sexuelle du couple. Les femmes médecins pratiquant plus d'exams gynécologiques que les hommes sont plus amenés à questionner les patientes sur leur intimité. Cependant, les hommes médecins ne ressentent pas de gêne à aborder la sexualité. Le genre du médecin ne semble pas être un facteur influençant la prise en charge de la sexualité. S'il existe une réelle relation de confiance entre médecin et patient, les sujets tabous n'ont pas lieu d'être.

Le médecin généraliste est un professionnel de santé disponible, assurant et centralisant la coordination des soins. Pour toutes ces raisons, il reste un bon interlocuteur, compétent pour répondre aux interrogations concernant la sexualité du post-partum. Cependant, mon travail a mis en évidence un manque de formation en sexologie du post-partum ; les médecins généralistes réagissent plus ou moins naturellement aux problèmes des patients sans trop savoir quelle attitude adopter.

Lors de mes entretiens, les médecins interrogés se sont montrés intéressés et très critiques vis-à-vis de leur propre prise en charge. L'idée de se renseigner sur la sexualité du post-partum chez leurs patientes n'était pas, pour la plupart, spontanée. Les interroger sur ce sujet leur a fait prendre conscience de la possible souffrance psychologique chez les jeunes mamans.

De par cette thèse, j'ai pu explorer les représentations et l'intérêt que portent les médecins généralistes à la sexualité du post-partum. Tout un domaine n'a jamais été évoqué. En effet, je n'ai pas trouvé de travaux traitant du ressenti des principales intéressées : les patientes ayant accouchées. Quelles sont leurs attentes concernant leur sexualité du post-partum auprès des médecins généralistes ? Y-a-t'il un besoin d'en parler, un besoin d'information ?

Bibliographie

1. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. :2.
2. Natalité en 2016 | Insee [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012761#titre-bloc3>
3. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016.pdf [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
4. Hosrachy Florence, diplôme d'état de sage-femme, 2014. Etat des lieux de la prise en charge sexologique des femmes en post-partum [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.977.7850&rep=rep1&type=pdf>
5. psychiatrie-polycopie-sexualite-normale-troubles.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/data/consulter/psychiatrie-polycopie-sexualite-normale-troubles.pdf>
6. Organisation Mondiale de la Santé. Thèmes de santé. Santé sexuelle et génésique. Définition [Internet]. 2018 [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
7. Bajos N, Bozon M. Transformation des comportements, immobilité des représentations. Inf Soc. 2007;(144):22- 33.
8. LesdysfonctionssexuellesEvaluation_et_traitement_par_des_methodes_psychologique,_interpersonn_0.pdf [Internet]. Scribd. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.scribd.com/document/241013444/Les-dysfonctions-sexuelles-Evaluation-et-traitement-par-des-methodes-psychologique-interpersonn-0-pdf>
9. Claire Sauvestre-Foucault, mémoire de sage-femme 2011. Sexualité du post-partum. Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620267/document>
10. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies (PDF Download Available) [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/247222206_Sexuality_during_pregnancy_and_after_childbirth_A_metacontent_analysis_of_59_studies

11. Reichenbach_Sexo_42.pdf le comportement sexuel masculin pendant la grossesse [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: http://aihus.com/prod/data/publications/sexualitemasculine/Reichenbach_Sexo_42.pdf
12. LE POSTPARTUM - DEFINITION (5 Pages - 713 Ko).pdf [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: [https://www.psychanalyse.com/pdf/LE%20POSTPARTUM%20-%20DEFINITION%20\(5%20Pages%20-%20713%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/LE%20POSTPARTUM%20-%20DEFINITION%20(5%20Pages%20-%20713%20Ko).pdf)
13. Pujols Y, Meston CM, Seal BN. The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. *J Sex Med.* févr 2010;7(2 Pt 2):905- 16.
14. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 févr 2000;107(2):186- 95.
15. Glazener CMA. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 mars 1997;104(3):330- 5.
16. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 févr 1998;105(2):156- 61.
17. cesareanabstracts.pdf [Internet]. [cité 7 janv 2018]. Disponible sur: <https://consensus.nih.gov/2006/cesareanabstracts.pdf#page=55>
18. Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *J Midwifery Womens Health.* 2009;54(2):98- 103.
19. Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly A, Moalli P, Brown MB, et al. Sexual Function 6 Months After First Delivery. *Obstet Gynecol.* mai 2008;111(5):1040- 4.
20. cours.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/episiotomie/site/html/cours.pdf>
21. Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest.* 2008;66(1):1- 7.
22. Breastfeeding and sexuality immediately post-partum [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.cfp.ca/content/cfp/51/10/1366.full.pdf>
23. Visness CM, Kennedy KI. The Frequency of Coitus During Breastfeeding. *Birth.* 1 déc 1997;24(4):253- 7.
24. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health.* juin 2000;45(3):227- 37.
25. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* avr 2001;184(5):881- 8; discussion 888-890.

26. Women's thoughts about sexual life after childbirth : focus group discussions with women after childbirth [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46551257/j.1471-6712.2005.00357.x20160616-8708-eqypo6.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1515493839&Signature=eBi1RbByCBBMi14wg8LkPCPJJSU%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DWomens_thoughts_about_sexual_life_after.pdf
27. Ahlborg T, Strandmark M. Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery—First-time parents' own views and coping strategies. Vol. 27. 2006. 163 p.
28. Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* déc 1989;3(4):805- 21.
29. Leïla Cousseau. Thèse de médecine générale 2015. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/739/1/2015TOU31006.pdf>
30. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. :22.
31. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
32. Godet S. Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle ? /data/revues/11581360/v22i2/S1158136013000364/ [Internet]. 18 mai 2013 [cité 12 août 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/809848>
33. EJACULATION PREMATUREE : STRATEGIES POUR ABORDER LE SUJET EN MEDECINE GENERALE - PDF [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/45865828-Ejaculation-prematuree-strategies-pour-aborder-le-sujet-en-medecine-generale.html>
34. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, Kyrana E, Salpigidis G, Hatzichristou D. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *J Sex Med.* juill 2006;3(4):583- 8.

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum ?

- 1) Pouvez-vous m'expliquer comment vous parlez de sexualité avec vos patientes à la suite d'un accouchement ?
 - Comment ces discussions se mettent-elles en place ? Comment cela se passe-t-il en pratique ?
 - Comment vivez-vous ce genre de discussions en consultation ?
 - Ressentez-vous des difficultés ou des facilités à aborder le sujet ?

- 2) Dans quelles circonstances en parlez-vous ?
 - Lors de quels motifs de consultation en parlez-vous ? En parlez-vous sans motif particulier ?
 - Abordez-vous le sujet de votre propre chef ou en réponse à une demande ?
 - Racontez-moi la dernière consultation où vous avez abordé la sexualité du post-partum.
 - Selon vous, être un homme ou femme médecin, est-ce un avantage ou un frein pour évoquer la sexualité du post-partum ?

- 3) Selon vous, quel serait l'intérêt d'aborder ce sujet avec vos patientes ayant accouchées ?

- 4) Comment avez-vous mis en place un réseau pour résoudre les questions de sexualité du post-partum ?

- 5) Qu'est-ce qui pourrait selon vous améliorer la prise en charge des difficultés sexuelles à la suite d'un accouchement ?
 - Comment pourrait-on faciliter la communication sur ce sujet ? Quelles sont vos suggestions pour améliorer cet abord ?
 - Quelles sont vos attentes, vos besoins, vos demandes par rapport à ce sujet ?
 - Que pensez-vous personnellement de votre formation à ce sujet ?

Annexe 2

GUIDE D'ENTRETIEN

Comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum

- 6) Pouvez-vous m'expliquer comment vous parlez de sexualité avec vos patientes à la suite d'un accouchement ?
 - Comment ces discussions se mettent-elles en place ? Comment cela se passe-t-il en pratique ?
 - Ressentez-vous des difficultés ou des facilités à aborder le sujet ?

- 7) Dans quelles circonstances en parlez-vous ?
 - Lors de quels motifs de consultation en parlez-vous ? En parlez-vous sans motif particulier ?
 - Abordez-vous le sujet de votre propre chef ou en réponse à une demande ?
 - Selon vous, être un homme ou femme médecin, est-ce un avantage ou un frein pour évoquer la sexualité du post-partum ?
 - Quels sont les raisons pour lesquels le sujet est très peu abordé ?

- 8) Quel est le profil des femmes qui abordent spontanément leur sexualité ?
 - Quelles questions vous posent-elles ?

- 9) Quelle est la place du conjoint concernant les troubles de la sexualité en post-partum ?
 - Le conjoint est-il présent lorsque le sujet est abordé ?

- 10) Selon vous, quel serait l'intérêt d'aborder ce sujet avec vos patientes ayant accouchées ?
 - Quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum ?
 - Est-il le plus compétant dans ce domaine ?
 - Adressez-vous des patientes vers d'autres professionnels de santé ?

11) Qu'est-ce qui pourrait selon vous améliorer la prise en charge des difficultés sexuelles à la suite d'un accouchement ?

- Comment pourrait-on faciliter la communication sur ce sujet ? Quelles sont vos suggestions pour améliorer cet abord ?
- Quelles sont vos attentes, vos besoins, vos demandes par rapport à ce sujet ?
- Que pensez-vous personnellement de votre formation à ce sujet ?

12) Questions annexes :

- Depuis quand exercez-vous la médecine ?
- Faites-vous du suivi de grossesse ?
- Avez-vous suivi des formations supplémentaires ? Dans quel domaine ?

Annexe 3

Formulaire d'information

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement en fin d'étude de médecine générale, je réalise mon travail de thèse sur l'abord de la sexualité des patientes en post-partum en médecine générale.

La méthode de recherche qualitative choisie pour cette étude nécessite la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes du littoral hauts-de-France.

Les entretiens durent environ 20 minutes et sont réalisés, à la convenance du médecin, à son cabinet ou à son domicile.

Ces entretiens seront enregistrés, retranscrits puis analysés. Ils sont rendus anonymes pour assurer la confidentialité des informations données par les médecins généralistes ayant la gentillesse de participer à ce travail de thèse.

Je vous ai contacté afin de nous entretenir sur ce sujet et je vous en remercie dès lors de l'attention que vous y avez portée.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement ou pour toute question concernant mon travail de recherche aux coordonnées mentionnées ci-dessous.

Je vous joins la fiche de consentement stipulant l'anonymat des données.

Je vous prie d'agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Vivien Lemesre

Interne de médecine générale

Université Henri Warembourg-Lille

06 85 49 31 40

vivien.lemesre@free.fr

Annexe 4 : retranscription des entretiens

Médecin n°1

Chercheur : C'est parti. Alors le sujet, c'est d'essayer de répondre à la question : comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum ? Je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé d'évoquer le sujet avec des patientes.

Médecin 1 : Alors si... A la réflexion... En y parlant comme ça, j'ai essayé d'y réfléchir... Euh effectivement, c'est pas un sujet qui m'est très... que j'aborde... euh... que les patientes abordent avec moi mais d'un autre côté que j'aborde... je ne lance pas la conversation sur ce sujet, c'est sûrement à mon avis par ma position d'homme quoi, le fait que je sois un homme et c'est... donc elles ne m'en parlent pas mais d'un autre côté, je ne lui en parle pas non plus, quoi. Donc ça n'ouvre pas la porte à des échanges.

C : D'accord, le fait d'être un homme, c'est un frein pour...

M1 : J'ai l'impression

C : Pour parler sexualité en général ?

M1 : Ouais, j'ai... j'ai l'impression que... c'est pas un sujet... Autant on aborde plus facilement les problèmes de... d'incontinence urinaire ou de... parce qu'en plus, rapidement et sans notre intervention en post-partum, les... les femmes sortent de la mater avec les ordonnances pour aller... pour faire de la rééducation périnéale et... euh... parfois cette rééducation périnéale n'est pas faite chez le kiné où là on doit intervenir et faire une prescription ; mais c'est fait par la sage-femme, parce que comme il y a quand même un déficit de... d'obstétriciens, le suivi de grossesse, avant l'accouchement, est fait par les sages-femmes la plupart du temps, même les sages-femmes libérales et... Euh... donc après les femmes accouchent, elles sortent de la mater et elles revoient... et donc je suis persuadé que ces problèmes sont plus... sont plus souvent abordés avec euh... par exemple les sages-femmes libérales parce que je crois que les gy... avec les gyné... avec les obstétriciens, à mon avis, vu avec la vitesse à laquelle ils travaillent et la pression du... à mon avis, j'ai pas... je ne suis pas persuadé qu'ils abordent le sujet beaucoup plus qu'avec moi. Je ne sais pas si j'ai répondu...

C : D'accord.

M1 : ... de manière

C : Est-ce que vous vous souvenez la dernière fois que vous avez eu à en parler ?

M1 : Non, non, très sincèrement non.

C : Voilà

M1 : Des problèmes sexuels... Alors que les fuites urinaires en post-partum, c'est plus fréquent.

C : D'accord, elles pensent plus peut-être que le médecin généraliste est plus amène de traiter ce genre de problème... d'incontinence.

M1 : D'incontinence, ouais... que les problèmes sexuels par... euh... pudeur... ou par habitude ou par pression de la société.

C : D'accord. Donc d'après... euh... les... la sage-femme est plus amène...

M1 : Ouais, plus amène...

C : Pour répondre à ce genre de problème.

M1 : Euh... Après... Euh... Encore une fois, le fait que je sois un homme et le type de relation que j'ai avec mes patientes... Euh... ça ferme peut-être un peu le... la conversation à ce sujet... Euh... Enfin, moi... je... j'ai même pas souvenir d'avoir abordé ces problème purement de sexualité post-partum.

C : D'accord. Pendant la grossesse, elles consultent énormément les gynécos, généralement les obstétriciens, est-ce qu'après l'accouchement...

M1 : Il y a un déficit ici sur le bassin du dunkerquois, il y a un énorme déficit, ce qui fait... Moi, je ne fais pas de suivi dans mon activité de médecine générale, je... je... c'est parce que certaines femmes médecins généralistes, ne serait-ce que dans le cabinet font du suivie de grossesse, parce que le suivie de grossesse est fait classiquement... était, je dis était fait classiquement par les obstétriciens, nous on voyait... on fait le diagnostic... à la limite, on lançait la première prise de sang, hein, on essayait de faire le point, les séro diagnostics : rubéole, toxo, machins, clac clac. Après on n'en parlait plus, parce qu'elles étaient... maintenant, euh... elles étaient suivies par les obstétriciens... à ce jour, les obstétriciens font le suivie de grossesse mais très tard, donc on essaye... Elles doivent... Elles sont suivies, pour certaines parce que certaines ne sont pas suivies du tout, il y a vraiment un vrai retour en arrière à mon avis à ce sujet. Elles sont suivies par des gynécos méd, ce que j'appelle, moi, des gynécos médicales quoi, euh... c'est une spécialité qui n'existe même plus donc... Euh... il n'y a plus tellement de gynéco méd ; donc maintenant, elles sont suivies par les sages-femmes... pendant la grossesse et... suivies par les sages-femmes et je trouve que c'est pas trop mal ; je trouve que c'est bien fait.

C : D'accord. Euh... et selon vous quel serait l'intérêt d'aborder le sujet avec une patiente qui a accouché ?

M1 : Bah... si elle l'aborde avec personne, ce ne serait pas mal qu'elle l'aborde avec moi mais je crois qu'elle l'aborde avec d'autres intervenants que moi. Et c'est... en plus on est à Dunkerque, hein, donc il y a un biais de sélection par... on est dans les Flandres quand même ; c'est... même si c'est les Flandres maritimes, c'est pas... culturellement, à mon avis, euh... à Lille ou à Paris ou en milieu très urbain avec... moi, j'ai une... clientèle le bien ne fait pas de bruit, le bruit ne fait pas de bien, c'est-à-dire que c'est pas... euh... les problèmes de sexualité en post-partum, on a un petit peu, je pense, le poids de l'éducation et de... c'est... j'allais presque dire... c'est pas ce que je pense mais c'est... normal...

C : Tabou ?

M1 : Ouais, il y a une part de... oui, et du « ça va aller », « ça va revenir », « c'est normal, c'est parce que je viens d'accoucher ».

C : Vous pensez qu'elles se focalisent plus sur leur rôle de mère ?

M1 : Oui, c'est ça. C'est une période de leur vie où... où on peut... et c'est vrai que je n'aborde pas trop les problèmes... A mon avis, le poids de l'éducation a un... Ici, euh... et en ville, c'est peut-être moins... moins... ici, c'est plus... on le sent, même si j'avais envie de l'aborder, il faudrait... si je me mettais après cet entretien en me disant : « Ouais, c'est vrai, effectivement », il y a tout un pan sur... il y a ce problème que je n'aborde pas, il faudra que je relève mes manches. Euh, ben, il va falloir que je me forme à...

C : Donc, ça ne vous est jamais arrivé de diriger la patiente vers un sexologue ou un psychologue, voire les sages-femmes ?

M1 : Euh, non. Un sexologue, de mémoire, j'en connais qu'une.

C : c'est assez rare.

M1 : Oui et non, je sais pas. Alors il y a peut-être l'accès direct. Des gens qui y vont spontanément. Mais... Non. Ca ne m'est... très sincèrement jamais arrivé.

C : Ok. Et... Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la prise en charge de ces difficultés sexuelles ?

M1 : Ben, je crois... je crois que c'est... c'est... euh... déjà qu'elles en parlent... donc avec moi ou avec quelqu'un d'autre, et donc de... euh... la vulgarisation. Et dire...

C : Diffuser une information plus... ?

M1 : Mais pas par... par des moyens... pas par un discours scientifique médecin, c'est du... comme par exemple les troubles... les troubles sexuels chez l'homme... les machins... le fait qu'il y ait de la communication encore en public, etc. ça fait que l'on a une voie... un fil à tirer. Et c'est des gens qui en parlent donc c'est déjà mieux que ce sont eux qui en parlent par ce que si on dit « ça va ? » « oui, oui, ça va. » c'est pas le moment d'en parler...

C : Il faut que ce soit une démarche personnelle ?

M1 : Quand ça vient du patient, ça va toujours mieux. Et donc, j'ai l'impression Euh... que... des trucs tout cons, que de dire que... euh... que les troubles de la sexualité en post-partum sont pas une fatalité. Parce que pour plein de gens, c'est une fatalité, je ne vais pas embêter le docteur avec ça. Et tandis, si euh... à mon avis avec une communication avec le grand public.

C : Pour des personnes, c'est une suite logique à l'accouchement ?

M1 : Ouais, c'est une suite logique à l'accouchement, c'est euh... c'est normal, c'est ainsi, comme plein de chose.

C : ça passera avec le temps.

M1 : A mon avis, l'éducation, la formation fera... Ah oui, dans l'esprit des gens, ça se passera avec le temps, et parfois, ça se pérennise jusqu'à la fin de leur sexualité... qui embrene après les accouchements.

C : D'accord. Au niveau formation personnelle, vous avez déjà été sollicité pour...

M1 : Non

C : Même dans la formation initiale ou continue ?

M1 : Formation initiale, formation continue, non. Alors, pourtant j'ai été à la mater, j'ai été externe à la maternité d'Armentières. Je ne sais pas si elle existe encore, je crois. Euh, bon en plus là, c'est du post-partum précoce... euh... donc, épisio, machin, tout... On est dans les soins post-partum... immédiat. Mais après, non. Et en plus, on ne les revoyait pas, non. Aucune sensibilisation euh... ni en formation initiale ni en... Je crois que les médecins aussi... euh... se penche pas... c'est un vaste problème. Je me demande même si les gynécos qui sont... sont entre guillemets intéressés, quoi... les obstétriciens ben... parce qu'à mon avis, il y a des techniques qui doivent faire... qui doit être moins... des techniques d'épisio, tout ça qui doivent être... des sutures qui doivent être moins sur les causes... les causes organiques... les causes organiques du... du trouble sexuel. Certaines épisios, certaines sutures, etc. peut... A mon avis, il doit y avoir peut-être des signaux entre guillemets de prévention de ces troubles... sexuels. Non, mais je... je crois que je n'ai jamais... je... je crois que c'est la première fois que j'en parle, ici quoi.

C : D'accord. Bon, ce sera tout alors.

M1 : Non, mais c'est intéressant, au niveau... les troubles... Alors que les troubles urinaires, ce sont bien... Mettons, j'ai une femme, elle est infirmière, je l'ai envoyé à saint-phi. Elle n'a pas du tout rencontré des gens d'ici. Pourtant elle est jeune. Là, ce sont des troubles urinaires, une incontinence urinaire d'effort avec deux enfants, elle a 42 ou 43 ans, quoi. Je l'ai envoyé à Saint-Phi, ça va. Et chez les urologues par contre.

Médecin n°2

Chercheur : Donc euh... le sujet, c'est pour savoir comment les médecins généralistes abordent la sexualité avec leurs patientes en post-partum et donc je voulais savoir comment vous abordez ce sujet ; si vous avez eu l'occasion de voir des femmes qui étaient dans ce problème-là ?

Médecin 2 : Oui, alors ça dépend. C'est simple. Il y a... Je vais peut-être être cru mais il y a les petits milieux... On en parle très mal, voir pas. Dans les bons milieux, on en parle. Et les... les femmes en parlent spontanément, plus que nous. Nous, on l'aborde de temps en temps ; peut-être aussi faute de temps. Mais dans les bons milieux, on en parle. Ça, ça arrive très très souvent. Dans les petits milieux, je veux dire... pfff... jamais. C'est toujours des gens qui pensent tout savoir et qui n'ont jamais besoin de conseil et qui ne veulent pas en parler. Je ne sais pas si c'est des choses... que tu as déjà... euh... entendu ?

C : Oui, enfin... a priori des problèmes vis-à-vis des hommes médecins ou des femmes médecins... je ne sais pas si avec vous elles se livrent facilement vu que vous êtes un homme...

M2 : Mais moi, j'ai envie de dire qu'au jour d'aujourd'hui, euh... tout ce qui touche à la femme, on en parle beaucoup plus qu'avant, beaucoup plus. Moi, je trouve que... allez, des fois c'est difficile attention... Mais dans l'ensemble, moi, je trouve que l'on en parle beaucoup plus, oui, on en parle beaucoup plus. Que ce soient des seins, les règles, que ce soit l'accouchement, euh... moi, je trouve que c'est beaucoup plus facile d'en parler. Il y a toujours eu des couples difficiles de parler de tout ce qui touche à la sexualité avec des femmes beaucoup plus âgées. Ça a toujours été. Il ne fallait pas parler de ça. Qui ont toujours vécu ça. Donc...

C : D'accord. Et au niveau du post-partum, ce genre de discussions, comment vous les mettez en place ? C'est généralement la patiente qui pose la question ?

M2 : Très souvent, je vais dire que... 2 fois sur 10, c'est peut-être nous qui en parlons mais 8 fois sur 10, c'est elle qui en parle. Sur l'histoire de... Euh... d'avoir des rapports trop vite ; ça c'est quelque chose qui revient encore assez souvent. Euh... Est-ce qu'il faut attendre ? Ou pas ? Euh... peut-être aussi par rapport aux saignements, est-ce que les saignements vont durer ? Est-ce que ça va aller vite ? Est-ce que je pourrai avoir des rapports très très vite ? Bon...

C : D'accord. Mais quand vous abordez ce genre de discussions, vous le vivez comment ?

M2 : Oh, moi, je... je... je réponds comme je... comme je le pense... euh... pas forcément... comment ? On a toujours eu des cheveux sur tout ça... Mais moi, je réponds euh... spontanément. Il y a une question de logique. Bon, une femme qui vient d'accoucher... euh... elle n'a pas forcément envie d'avoir des rapports. Bien souvent les deux voire trois premiers mois, la femme n'a pas du tout envie d'avoir des rapports. Et quelque part, elle veut qu'on lui dise la même chose qu'elle. Parce que ça la conforte. Parce que ça, c'est pas toujours vécu de la même façon de la part de son conjoint, son mari ; pas du tout pareil. Moi, je dis facilement que... que ça paraît logique. Il n'y a rien de choquant qu'une femme n'est pas envie d'avoir des rapports deux mois, voire trois mois après l'accouchement, surtout s'il y a eu des fils, des déchirures, surtout s'il y a eu des... des petits problèmes à l'accouchement, des gros bébés, des choses comme ça.

C : D'accord, et ça vous est déjà arrivé d'avoir les conjoints qui parlent de sexualité ou pas ?

M2 : Alors, ça c'est beaucoup plus rare. Non, non, très rare, très très rare. Ça arrive mais c'est très très rare. Alors, la femme, je trouve qu'elle en parle facilement euh... mais le monsieur... non... non... beaucoup plus rare et... non... non... moi, je vais dire très peu, très peu.

C : Alors, de quels motifs de consultation, elles vous en parlent ? C'est un motif initial ou c'est... ?

M2 : Le motif initial ? Euh... Quand elles rentrent avec bébé à la maison, quand il y a des saignements qui durent, « je suis fatiguée », euh... « est-ce qu'il faut prendre un peu de fer ? » euh... les fils qui se résorbent pas bien, « est-ce que ça va encore durer longtemps ? » Il y a des occasions comme ça. Il est vrai que c'est quand il y a des petits problèmes. La femme, elle vient pour évoquer son problème et elle en parle.

C : Et la dernière fois que vous avez eu à en parler, vous vous en souvenez ?

M2 : La dernière fois que j'ai eu à en parler... euh... là, j'ai deux dames qui ont accouché euh... la dernière qui m'en a parlé, euh... il y a plus d'un mois... Oh allez, il y a peut-être un peu plus d'un mois. Il n'y a pas eu d'accouchement récent récent là... euh... On va dire il y a eu un peu plus d'un mois. A quelle occasion ? Euh... A l'occasion... d'une gêne qui perdurait parce qu'il y avait eu une déchirure, il y a eu des fils. Je crois que c'est à cette occasion-là, c'est sûr, presque sûr.

C : C'est souvent après un accouchement traumatisant ?

M2 : Ça c'est souvent un prétexte pour m'en parler, pour la femme, oui. Quand tout va bien... on en parle pas trop. On en parle peut-être un peu plus aussi chez une femme qui est primipare. Certainement, oui. Parce que... par la suite, une femme qui a deux, trois enfants, peut-être qu'elle a aussi... elle éprouve moins le besoin d'en parler parce qu'il y a une... euh... une expérience qui s'est installée. Je pense, oui.

C : Quand ça se chronicise un petit peu ?

M2 : Comment ?

C : Quand ça devient chronique, les problèmes... ?

M2 : Si les problèmes perdurent, là on l'évoque souvent et ça peut encore être à des occasions comme ça que le monsieur nous en parle ; mais je vous dis, c'est quand même beaucoup plus rare, ça. Oui, plus le problème est chronique, plus on en parle, ça c'est sûr. Et c'est vrai, c'est souvent, il y a souvent à l'origine un petit problème quelque part. Quand tout va bien, on en parle relativement peu.

C : D'accord. Et selon vous, quel est l'intérêt d'aborder le sujet avec les femmes qui ont accouché ?

M2 : L'intérêt, c'est que ça reconforte pour elle. Ça reconforte qu'on... qu'on lui dise que par exemple que... que... euh... on peut très bien attendre un mois ou deux pour avoir des rapports... euh... Je crois que ça les reconforte. Elle attende qu'on aille dans leur sens.

C : Pour être rassurée.

M2 : Pour être rassurée. Oui. Parce que ce côté rassuré, elles ne l'ont pas toujours du côté de leur... de leur mari, de leur conjoint. Ouais.

C : Il y a beaucoup d'interrogations, de questions ?

M2 : Beaucoup ? Je ne sais pas quoi dire. Il y a relativement beaucoup de questions. C'est une somme de détails parce qu'après, c'est vrai que l'on n'entre peut-être

pas... vraiment dans... on reste en dehors des problèmes de couple aussi. Je pense. On tourne autour des conséquences de l'accouchement. Mais c'est... c'est de la logique.

C : C'est un événement nouveau, qu'elle n'était pas préparée et elles découvrent au fur et à mesure

M2 : Oui, pour les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, euh... Oui... Oui. Je pense... Je pense que c'est nouveau.

C : D'accord, est-ce qu'il vous est arrivé de les orienter vers d'autres professions paramédicales comme les psychologues, sexologues ?

M2 : Alors, vers un psychologue, je ne dis pas que ça m'est déjà arrivé, ça m'est jamais arrivé mais c'est relativement rare après un accouchement, relativement rare parce que le fait d'en parler, je... bien souvent euh... parce qu'aussi on peut répondre... à un petit problème. Le psychologue, lui, il va voir le problème... il ne va pas parler des fils, il ne va pas parler des saignements, il va voir ça plus dans un contexte euh... expliquer comment il faut aborder le sujet avec le couple. Que nous non, nous, on le vit à travers un problème, et c'est peut-être pour ça que c'est plus facile pour en parler. S'il n'y avait pas de problème ; ce serait très difficile pour en parler, ça c'est sûr. Je pense, je pense.

C : Et vous trouvez que vous êtes un bon interlocuteur vis-à-vis des sages-femmes ou les sages-femmes également font ce genre de travail, d'accompagner la femme... ?

M2 : Je pense que les sages-femmes, elles le font... elles le font aussi intelligemment, je pense. Oui, oui, je pense. Les... à part... les sages-femmes plus âgées, elles sont autoritaires, elles sont... elles ne donnent pas de conseil. Une femme que je... une sage-femme... euh... plutôt jeune, oui. Oui, elle est de bon conseil et... et la femme, elle se sent plus... et les personnes plus âgées... les sages-femmes plus âgées, c'est souvent... elles... elles sont autoritaires, très... dirigistes, je pense. Moi, je vois ça comme ça.

C : D'accord, et selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la prise en charge des difficultés sexuelles de la femme en post-partum ?

M2 : Ce qui pourrait améliorer le fait d'en parler... ?

C : Comment pourrait-on faciliter la communication ?

M2 : je sais pas... Euh... Moi je trouve que quand on a des gens... euh... que l'on soigne depuis longtemps... euh... Moi avec des filles, on... euh... Moi, ça fait 28 ans que je suis là... Bon, il y a des filles, on les a connus gamines ; elles vont facilement me demander des choses. Alors que peut-être que le fait de les avoir connus depuis longtemps, Oui. Moi, je pense. Je pense que ça c'est très important. Parce que quelque part, une femme que l'on connaît depuis... une fille que l'on connaît depuis 2 ans, on n'en parle beaucoup, beaucoup moins. Moi je pense que le... que le... le médecin de famille, là il a une place, je pense. Et c'est vrai pour plein, plein, plein de problèmes. Et celui-là, ça en est bien un où l'on parle beaucoup plus facilement avec

des familles que l'on connaît depuis longtemps, des... des filles que l'on connaît depuis longtemps, je pense. Ouais, je pense. Je pense que c'est beaucoup plus... par exemple... par les médias, par les journaux. Elles lisent les journaux, elles voient les journaux ; ça, ça leur donne peut-être des idées, bien sûr, je pense.

C : D'accord, et au niveau de votre formation médicale, est-ce que vous vous sentez suffisamment formé dans ce domaine ?

M2 : Formation médicale euh... on... J'ai envie de dire pas terrible. De ce côté-là... ce sujet, on n'a jamais trop... on n'a jamais appris tout ça. C'est plus l'expérience qui fait que, je pense euh... moi, je pense non, formation, j'ai envie de dire que c'est pas terrible, hein ; on n'est pas tellement formé à ça, ou du moi, vous, vous l'êtes peut-être plus maintenant mais nous, on n'était pas tellement... on ne parlait pas de ça.

C : C'est une sensibilité que l'on a au départ ou que l'on n'a pas ?

M2 : Oui, ou alors on veut... on veut... on... ça ne nous gêne pas de donner des conseils quitte des fois à dire des conneries, c'est possible aussi ça. Mais ça, c'est pas important, ce que les gens veulent, les femmes veulent c'est une réponse, c'est aussi des fois se reconforter, je pense.

C : D'accord

M2 : Je ne sais pas si...

C : Très bien.

M2 : Je le dis un peu comme je le pense, hein, mais je ne réfléchis pas plus...

C : et en général, vous avez eu un DU de formation en médical, des DU, des DESC ?

M2 : Moi, moi, j'ai été interne en gynéco, j'ai... j'ai donc fait un stage en gynéco ; ça c'est très, très bien passé. Ou l'on m'a donné beaucoup de responsabilités, j'ai eu de bons rapports avec les sages-femmes. Est-ce que ça a lié ou pas ? Peut-être, je ne sais pas, peut-être. Peut-être, c'est possible. C'est vrai que l'on est un peu plus à l'aise, oui.

C : Ok

Médecin n°3

Chercheur : Voilà, donc...euh...avec cet entretien je vais essayer de répondre à la question : « comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum ? ». Donc je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé d'en parler avec des patientes dans ce cas-là ?

Médecin 3 : Alors...euh... c'est vrai que moi non, j'ai... si des femmes elles en parlent...euh... je vais essayer d'apporter la réponse...mais c'est vrai que j'y pense pas forcément à poser la question.

C : Mais il y arrive qu'elles vous en parlent spontanément de leurs problèmes ?

M3 : Ouais, parfois...

C : D'accord ; quand c'est comme ça, c'est quel genre de questions, quel genre de problème ?

M3 : Bah c'est surtout...euh... quand est-ce que elles peuvent ravoir des rapports avec le conjoint, est-ce qu'il y a un problème ... si elle a une épisiotomie, c'est une césarienne, des choses comme ça, quoi.

C : D'accord. C'est une crainte ?

M3 : Ouais. Ouais.

C : Pour la reprise des rapports. D'accord. Est-ce que les conjoints vous en parlent de ce problème?

M3 : Alors, moi... Non, je n'ai pas de souvenir que le conjoint me pose ce genre de question. C'est plus chez les femmes.

C : D'accord. La dernière fois que vous en avez parlé, vous en souvenez-vous ?

M3 : Je ne sais pas, il y a peut-être trois mois je pense.

C : Concrètement, quel était le problème ? Un problème de reprise de l'activité sexuelle ?

M3 : Ouais, voilà, c'est plus ça. Souvent, il y a l'épisiotomie... euh... après, c'est éventuellement la peur d'enchaîner une nouvelle grossesse, aussi. C'est déjà arrivé, mais surtout aussi... Bon, les douleurs, les gênes et puis... par rapport à une éventuelle grossesse si elles ont des rapports tout de suite.

C : Globalement, lors de ces discussions, est-ce que vous êtes à l'aise ?

M3 : Euh... Non ça va, non ça va.

C : D'accord. Est-ce que le fait d'être une femme, est-ce que c'est avantage pour parler... ?

M3 : Je pense. C'est pour ça que je n'ai pas beaucoup d'hommes qui en parlent... dans l'autre sens.

C : D'accord. Mais ce sont les femmes qui se confient plus ?

M3 : Ouais.

C : Ok, est-ce que les femmes qui vous en parlent, ont un profil particulier ?

M3 : Je n'ai pas fait... Je n'ai pas vraiment... fait attention... Peut-être ouais... maintenant que tu poses la question, peut-être des femmes qui sont peut-être plus anxieuses...

C : Des personnes anxieuses ?

M3 : Ouais, peut-être un petit côté anxieux, quand même.

C : D'accord. Dans votre activité, est-ce que vous faites du suivi de grossesse ?

M3 : Oui. Oui, oui.

C : Et selon vous, quel est l'intérêt d'aborder le sujet avec les patientes ?

M3 : Alors, peut-être déjà d'éviter... le problème dans le couple parce que moi, j'ai déjà vu des demandes par rapport... en disant, « moi, c'est parce que ça me fait mal, ça me gêne, je ne me sens pas encore bien mais je ne voudrai pas que mon mari pense que je ne l'aime plus ou... » voilà. Ou qu'il y ait d'autre... éventuellement, peut-être la tension dans le couple... euh... c'est surtout ça.

C : A cause d'un devoir conjugal ?

M3 : Ouais. Et des fois, c'est vrai aussi, après l'accouchement, il y a aussi le bébé ; il y a déjà toute... surtout si c'est la première grossesse, avec tout ce qui engendre le stress, les coliques, les reflux, les pleurs déjà du bébé ; si elle allaite, c'est aussi... Voilà, il y a la sciatique par rapport au bébé... déjà, il faut gérer.

C : La sexualité devient au second plan ?

M3 : Ouais, je pense que pour certaines femmes, tout au moins celles qui me parlent, peut-être ce n'est pas la priorité une fois accouché. Oh, peut-être que je n'en parle pas assez. Spontanément, je n'évoque pas le sujet.

C : D'accord. Est-ce qu'il vous arrive d'en adresser à des psychologues ou des sexologues ?

M3 : Euh oui, oui... quand c'est vraiment trop compliqué dans les couples, oui.

C : De la part des femmes, c'est bien... elles le prennent bien ?

M3 : Alors après, c'est vrai que... je ne sais pas vraiment s'ils y vont tous les deux ou elle, elle y va seule parce que... quand elles sont adressées, je ne vais plus poser la question par rapport au suivi, elles ne m'en parlent pas. Mais sinon elles le prennent bien. En général, je leur dis d'y aller tous les deux.

C : D'accord. Est-ce que vous avez le sentiment qu'avec les sages-femmes, elles en parlent ?

M3 : Je pense que oui. Je pense qu'elles doivent facilement en parler aux sages-femmes.

C : Et qu'est-ce qui pourrait, selon vous, améliorer la prise en charge des difficultés sexuelles du post-partum ?

M3 : Euh... bah, peut-être à la maternité, déjà, en parler un peu, déjà, pour... avant la sortie de la maternité, ou à la fin de la grossesse, je ne sais pas. Euh... La gynéco, sages-femmes, peut-être en parler, déjà à ces moment-là ; je ne sais pas du tout si elles en parlent.

C : D'accord. Au niveau de votre formation, est-ce que vous avez déjà sollicité sur ce sujet-là ? Est-ce que vous avez eu des cours ?

M3 : Euh... Je pense pas, après comme ça, dans certaines soirées, certaines... je ne pense pas que j'ai eu... une formation vraiment, c'est tout ce qui... peut-être suite à

un cancer ou autre chose mais je n'ai pas le souvenir de formation... de soirée de formation sur la sexualité en post-partum. Plus peut-être en cancérologie, le traitement, tout ça...

C : En dehors de la sphère sexuelle, est-ce que vous avez eu d'autre formation particulière comme les DU ou les DESC ?

M3 : Moi, ma formation personnelle ?

C : Oui.

M3 : J'ai fait un DU de médecin coordonateur d'EHPAD et j'ai fait la formation... le certificat, comment ça s'appelle ? Universitaire de la pédiatrie...

C : D'accord.

M3 : C'est tout ce que j'ai fait.

C : ça fait combien de temps que vous exercez ?

M3 : Euh... 18 ans (rire).

C : Ok.

M3 : C'est bon.

C : On a fait le tour de la question.

M3 : Quand on doit parler de l'accouchement, je vais bloquer la deuxième consultation parce que je suis sûre qu'il y a déjà la question concernant le bébé mais sinon en 15 minutes, je ne peux pas.

C : C'est dure de tout faire rentrer dans une consultation ?

M3 : Voilà. C'est le faire en une seule consultation, parfois il faut contrôler déjà gynécologiquement si l'épisiotomie n'est pas bien cicatrisée... ça prend trop de temps, alors peut-être c'est pour ça aussi que je n'en parle pas forcément si elles ne m'en parlent pas mais c'est vrai que je n'ai jamais moi-même abordé comme ça... je pense que c'est par manque de temps, je n'ai pas le réflexe non plus d'en parler. Autant les autres, avec cancer de prostate, un homme, je vais lui poser la question.

C : Mmmh. Il faut qu'il y ait un point d'appel ?

M3 : Oui, voilà.

C : La priorité c'est le bébé ?

M3 : Ouais

Médecin n°4

Chercheur : Ok, donc, la question principale de la thèse sont « comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-

partum ? » ; donc je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé de traiter de ce sujet dans votre exercice.

Médecin 4 : Je pense que oui mais ça ne... ça ne me revient pas les... les cas précis ne me reviennent pas à l'idée sur le moment.

C : D'accord, c'est assez rare ?

M4 : Je pense que oui mais c'est... j'ai peut-être un contact assez facile avec les patientes et donc les questions sont posées mais c'est... c'est assez banalisé dans ma consultation. Peut-être parce que je suis installé depuis 32 ans, je connais bien la majorité des patients ; d'ailleurs la majorité des patientes maintenant que je vois et qui sont enceintes et qui accouchent, ceux sont des femmes que je suis depuis qu'elles sont petites, donc... qui sont venues ici depuis toujours... Euh ... Elles ont 25-28-30 ans et puis elles ont des enfants... Je les ai toujours connus, quand elles avaient 3 mois, 4 mois, 5 mois donc la puberté et tout. Donc elles me parlent de ça. Je ne fais pas vraiment attention.

C : ça se fait naturellement ?

M4 : ça se fait naturellement et je ne rencontre pas de problèmes particuliers ;

C : A chaque fois, c'est toujours la patiente qui pose des questions ?

M4 : Oui, c'est toujours la patiente qui pose des questions. Je ne demande pas de façon spontanée comment se passe la sexualité dans le couple après l'accouchement, je ne le demande pas.

C : D'accord. Et en général, les questions qu'elles vous posent, c'est...

M4 : Oh, parfois il y a des questions qui sont purement anatomiques, physiologiques toutes bêtes. « Quand est-ce qu'on peut reprendre la vie sexuelle parce que l'on a eu une épisiotomie, parce que l'on a eu une césarienne, parce qu'on... ? » Et voilà et ... et parfois c'est parce qu'il y a des petits soucis post-opératoires qui créent des douleurs, dyspareunies et autres... mais voilà, je ne vois pas trop d'autres... Après il y a des problèmes purement psychologiques parfois ; certaines femmes font un syndrome anxio-dépressif après... après la grossesse... Bon parfois, s'il y a eu des problèmes à l'accouchement, si l'enfant a été gravement malade, tout ça... effectivement souvent... il y a un moment donné où la sexualité est interrompue pendant plusieurs mois, mais plus pour des raisons à ce moment-là... dû aux souffrances psychologiques ;

C : Et quels conseils vous donnez en général à ces femmes qui ont une souffrance au niveau de la sexualité ?

M4 : Je pense que... c'est difficile de répondre de façon générale parce qu'il y a tellement de cas particulier et en fonction des couples, de l'âge, du vécu... je ne sais pas exactement... quoi répondre...

C : Ok ; est-ce que le fait d'être un médecin homme, est-ce un problème, c'est un frein ou pas du tout ?

M4 : Pour moi, pas du tout. Je ne le ressens pas comme ça. Peut-être... Peut-être je me trompe. Non, je ne le ressens pas comme ça. Je n'ai pas vraiment de problèmes pour aborder ce genre de sujet. Mais pas seulement sur ces sujets-là ; les soi-disant sujets tabous : l'alcool, le cannabis, la sexualité... je n'ai pas de soucis avec les patients. Parce que, encore une fois, c'est une question de santé, ce n'est pas une question de moral donc ne jamais... on n'est jamais sur le terrain de la morale. On est sur le terrain, non pas du jugement, mais de l'écoute et de l'aide donc... je n'ai pas de soucis.

C : D'accord. Est-ce que les patients qui vous parle de sexualité en post-partum, est-ce qu'elles ont un profil particulier ou pas du tout ?

M4 : Non, non, je n'ai pas l'impression du tout.

C : Ok, est-ce qu'il vous arrive de diriger les patientes vers un psychologue ou un sexologue ?

M4 : Oui. Oui, dès que je vois que c'est une situation un peu complexe, donc... je ... je... j'adresse les patients aux psychothérapeutes, voire un sexologue. On a d'ailleurs quelques correspondants dans la région qui sont... qui sont pas mal en sexologie, qui ont une bonne formation.

C : D'accord. Ce ... cette orientation leur convient bien généralement ?

M4 : Oui, bien. Oui, bien parce que... toujours dans le sens de comprendre les gens, de les écouter et puis de proposer une aide. Donc ... Mais bien sûr, jamais euh... « c'est obligatoire », on dit toujours : « c'est pour vous aider si vous le jugez utile, si vous voulez le faire ».

C : est-ce qu'il vous arrive d'avoir les conjoints en consultation qui vous parle de sexualité ?

M4 : Oui, parfois. Oui, les hommes, oui, parfois. Qui posent aussi des questions sur la sexualité après ... après l'accouchement de leur femme parce que parfois ils sont... ils sont vraiment... très près... je dirais compatissant par rapport aux souffrances qu'elles auraient pu avoir, aux gênes que ça peut... c'est... Non, ça arrive parfois. Mais c'est assez simple en général, c'est assez simple.

C : En général, vous faites du suivi de grossesse ?

M4 : Du suivi de grossesse ? Oui, beaucoup. Surtout jusqu'au 6ème mois parce les... qu'ici avec la difficulté d'obtention des rendez-vous chez... chez les obstétriciens, c'est ... c'est nous qui faisons le suivi des grossesses en général. Après, bien sûr, dès qu'il y a du diabète gestationnel, de l'hypertension grave ou des complications... des saignements, à ce moment-là... Mais des grossesses qui se déroulent bien, on les suit, au moins jusqu'à 6 mois.

C : D'accord, et qu'est-ce qui pourrait selon vous ... quel serait l'intérêt d'aborder le sujet avec les patientes ?

M4 : Bah je pense que ... parfois il y a ... surement des patientes qui n'en parlent pas, il y a un non-dit, peut-être une souffrance et c'est vrai qu'en abordant la

question, on pourrait peut-être connaître des problèmes qui nous échappent, c'est... c'est... c'est une modification de la consultation que l'on peut apporter à mon avis... c'est possible, c'est possible. Mais, encore une fois, moi, je n'aborde pas le sujet de manière systématique. Parfois, je l'aborde parce que je vois bien qu'il y a un problème. Mais pas systématiquement.

C : Est-ce que vous trouvez que le travail des sages-femmes vous aide dans ce domaine là ?

M4 : Oui, oui, je trouve que ça nous aide énormément. Les sages-femmes sont de plus en plus présentes ; il y a même des suivis après l'accouchement qui sont intéressants, avec des visites pour l'enfant, pour la femme ; je pense que c'est un plus.

C : D'accord. Et au niveau de votre formation, est-ce que vous avez déjà eu des cours au niveau sexualité du post-partum ?

M4 : Je fais beaucoup de formation médicale continue mais je n'ai pas eu de formation sur ce thème précis. Je fais cette formation moi-même, je suis un fervent lecteur.

C : D'accord. Qu'est-ce qui ... Vous avez passé des DU, DESC, des formations supplémentaires en médecine ?

M4 : Oui, j'ai fait un DU d'infectiologie, oui. Et puis je fais partie d'un groupe qui s'appelle l'ASFTJ, c'est un groupe qui est vraiment intéressant, de formation médicale continue depuis pas mal d'année.

C : Vous exercez depuis combien de temps ?

M4 : 32 ans.

C : Pour améliorer la communication des médecins avec leurs patients, vous avez des conseils ?

M4 : Je pense que si on connaît moins bien sa patientèle, si on a un moins bon vécu, beaucoup de sujets sont plus compliqués, prennent beaucoup plus de temps à... à aborder que quand on voit les autres patients depuis très longtemps. C'est un peu... un peu le problème de la médecine générale ; c'est le problème des médecins entre guillemets de famille que... que l'on voyait dans le temps et ça se perd peut-être un petit peu. Mais voilà, je ... je pense que si on a... on a une bonne formation, on peut compenser le fait que l'on ne connaît pas la patiente par une bonne formation sur ce sujet, qui n'est pas un sujet forcément facile.

C : Existe-t-il encore un tabou autour de la sexualité ?

M4 : C'est un petit peu comme les autres tabous, comme les jeunes qui sont homosexuels, les jeunes qui prennent du cannabis ou un tas d'autre chose. Après, quand dans la consultation, ça se passe bien... on parle de tout. Je pense que c'est une façon de le dire dès le départ, dès qu'on voit les patients, de dire que : « nous, on est prêt à tout entendre et qu'on est là pour aider les gens, à les comprendre,

jamais jugé. On fait tous des énormes erreurs concernant la vie ». Et quand les gens ont compris ça, après... ça se passe bien, quoi.

C : Ils se livrent assez facilement ?

M4 : Ouais, voilà. Faut pas faire le bon saint qui est sur son pied d'estable qui...voilà, c'est important. Je pense que c'est la base dans la consultation. Alors, ça peut s'apprendre, ça peut être aussi spontané parfois.

C : Ok, et au niveau du temps dans une consultation ; vous arrivez à trouver le temps dans une consultation pour parler de ces choses-là ?

M4 : Oui, parce que... les consultations, elles sont pour moi, elles sont élastiques et qu'il y a des choses qui vont vite et des choses qui prennent du temps et quand ça prend du temps... et d'ailleurs je...je ne fais jamais de consultations très rapprochées ou de consultations libres. Je ne fais que des consultations sur rendez-vous, tous les quarts d'heure. Et donc souvent le quart d'heure, c'est 20 minutes... ça peut être 25 minutes. Donc ça ne fait rien, dans ce cas-là, je mets deux rendez-vous quand je sais qu'il y a un problème, je dis au patient : « vous revenez la semaine prochaine » et puis je mets un rendez-vous d'une demi heure plutôt que d'un quart d'heure, c'est pas ... c'est pas... je ne fais jamais de consultations toutes les 10 minutes ou toutes les 5 minutes. Je me demande comment certains confrères peuvent voire 7 à 8 patients à l'heure. Je n'ai jamais compris. (Rire) Ils sont peut-être plus rapides et plus compétents que moi. Ça m'a toujours posé un problème ce... cette histoire-là.

C : Ok, on a fait le tour de la question.

M4 : Voilà, voilà ; Je n'ai pas de langue de bois.

Médecin n°5

Chercheur : C'est parti ; donc, ma thèse, ça porte sur la sexualité du post-partum, donc je voulais savoir d'un point de vue général comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum, donc je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé d'en parler avec vos patientes.

Médecin 05 : Oui, oui, oui, bien sûr, mais euh... généralement je dis au couple euh... de rester un petit peu tranquille le premier mois, hein. Et puis de faire attention... de toute façon la dame, elle a... elle a rarement envie et donc... euh... et puis l'homme n'a pas trop envie non plus puisque tout le monde est un petit peu... euh... avec l'arrivée du bébé euh... tout le monde doit retrouver un petit peu sa place...

C : La sexualité n'est plus une priorité ?

M05 : Oui, et puis la dame, elle est... franchement ; la plupart du temps un petit peu fatiguée de sa grossesse et surtout de son accouchement...euh... souvent il y a eu parfois des déchirures donc euh... souvent on attend... je vois les gens, ils attendent généralement au moins 6 semaines, 2 mois, le deuxième mois. Et puis après on leur parle... après je leur dis au contraire : « faites... faites-le » parce que, sinon... Madame, ce n'est pas que la maman, c'est aussi... ça reste votre épouse et puis

euh... c'est important de s'aimer pour bébé. Parce que bébé, il le ressent quand... quand on s'aime.

C : d'accord. Et ce genre de discussion, c'est la femme qui l'engage ou c'est plutôt vous ?

M05 : C'est souvent l'homme.

C : souvent ?

M05 : L'homme qui vient parfois avec elle. Souvent même... d'ailleurs même parfois durant la grossesse, aussi souvent l'homme pose la question : « est-ce que l'on peut faire...euh... est-ce qu'on peut faire l'amour pendant... alors qu'elle est enceinte ? » euh... je dis « ben oui, surtout ». Euh... C'est vrai que... bon ben rarement nous le médecins, on... on devrait peut-être hein... mais bon, comme il y a déjà pas mal de...euh...de problèmes.

C : D'accord, vous avez beaucoup de travail dans votre tra... dans votre boulot et...

M05 : Non, non, mais je veux dire que la consultation est... il y a beaucoup de choses à penser. Puisqu'elle vient souvent avec bébé, donc euh... la consultation est pas mal chargée quoi, la consultation post-partum.

C : d'accord.

M05 : Et c'est vrai que... On... on y parle... on...on en parle plus vers 6 mois à ce moment-là, une fois que tout le monde a trouvé sa place.

C : Et en général, les questions qu'elles vous posent, c'est... de quel ordre ?

M05 : Euh... Ben au niveau de son... Si justement s'il n'y a pas de risque euh... alors souvent parfois il y a des femmes qui ont mal, et c'est... c'est à ce moment-là aussi qu'elle en parle. Euh... Mais c'est aussi beaucoup d'appréhensions.

C : D'accord. Dans votre travail de médecin, est-ce que vous êtes à l'aise avec le sujet, quand vous en parlez ou c'est quelque chose qui... ?

M05 : Mmmoui... Tout à fait... comme par exemple... ;euh... avec le stimulateur d'érection, bon, souvent, plus tard, les hommes nous en parlent, moi je leur dise euh... quand c'est permis, quand il y a des contre-indications, quand...

C : Est-ce que le fait d'être un homme, c'est un frein à en parler ? est-ce que vous sentez une gêne ?

M05 : Moi, je... Moi, je ne me suis jamais posé cette question, au contraire. Au contraire, parce que je...je pense que j'arrive plus à me mettre à la place de l'homme qui, lui, est demandeur et la femme qui n'est pas toujours demandeuse. Oui, j'arrive plus à me mettre...euh...et j'arrive d'autant plus à me mettre à la place du couple que moi, j'ai vécu ça. C'est vrai que... Regarde Vivien, quand on... quand on fait médecin et que l'on n'a pas eu d'enfant, et que l'on fait la pédiatrie, c'est toujours un petit peu plus compliqué ; par contre, à la limite, si on aurait un enfant avant de faire la pédiatrie, ce serait tellement plus simple, hein ? c'est pas vrai ?

C : Tout à fait. D'accord. Et la dernière fois que vous avez eu à en parler, vous vous en souvenez ?

M05 : Non. Non, non, je ne me souviens plus trop.

C : Pour vous, quel est l'intérêt d'aborder le sujet avec les patientes ?

M05 : Ben euh...euh... de rentrer peut-être dans des problèmes qu'ils n'osent pas en parler. Donc euh... il faut mieux leur en parler que ça reste...euh...un...un sujet tabou. Faut leur en parler.

C : D'accord. Et vous faites souvent appel à d'autres professionnels de la santé, comme les sages-femmes, les psychologues, voire même des sexologues ?

M05 : ben... des sexologues : jamais. Euh... parce que je me dis... Pourtant, j'en connais quelques-uns mais jamais des sexologues. Jamais de psychologues non plus... pour ce problème là. Non, non. Parfois les sages-femmes passent avant nous, ou passent après nous. Donc euh... Elles nous interfèrent mais qu'elles, peut-être qu'elles en parlent. Peut-être.

C : Et les femmes qui vous en parlent de ces problèmes sexuels... ?

M05 : Le problème du sexologue, c'est que c'est payant aussi. Et que les gens... c'est rare en fait que... que... Je trouve que la sexologie, c'est quand même réservé à certaines personnes, à certains couples. Excuse-moi, je t'ai coupé.

C : Non, c'est pas grave. Je voulais savoir si les femmes qui vous parlent de sexologie ont un profil particulier ou c'est du tout-venant ?

M05 : C'est... Je pense qu'il y a déjà un niveau, un niveau... un certain niveau. Parce que parfois...

C : Un niveau social ?

M05 : Oui... Un niveau social. Parce que parfois, euh... excuse-moi de parler comme ça mais il y a des femmes euh... elles font ça à la maternité euh... et d'ailleurs la preuve, c'est que j'ai eu parfois des petits bébés euh... juste après une grossesse. Je me suis dit : « c'est pas possible » et en effet, en faisant une petite enquête, ça avait été fait à la maternité. Donc ils avaient eu un... Je trouve que c'est un petit peu tôt.

C : D'accord, et qu'est-ce qui pourrait améliorer, selon vous, la prise en charge des difficultés sexuelles ?

M05 : Ben, personnellement, je pense que...euh... le premier mois, jusqu'au retour de couche, faut mieux pas qu'il y ait de rapport... de vrai rapport, hein. Donc je pense que le mieux pour améliorer la vie de couple, il faut mieux qu'il...euh... le respect mutuel.

C : Pour vous, il ne faut pas se précipiter ?

M05 : Non, non. Et surtout, vis-à-vis de madame parce que rares sont les femmes qui...euh... veulent un rapport au premier mois. Parfois, j'ai des femmes fortes demandeuses mais je trouve que c'est plutôt rare. Donc euh... je pense qu'il faut

mieux...euh... respecter et puis... l'homme est toujours plus demandeur et puis le femme est...euh... c'est éprouvant, éprouvant un accouchement ; donc je pense que ça...oui, voilà...

C : Et les hommes parlent facilement avec vous de... des problèmes sexuels également ?

M05 : Oui. Oui, oui. Oui, oui. Mais euh... je pense, d'après moi que si euh... une chose n'est pas respectée et surtout la... euh... si par exemple madame n'a pas envie, ça peut gâcher la vie sexuelle antérieure. Qu'après... la dame n'est plus du tout franchement envie.

C : D'accord. Et au niveau de votre formation personnelle, vous trouvez que vous êtes assez formé au niveau de la sexo...sexo... sexualité, excusez-moi ?

M05 : Euh... Bah c'est vrai que l'on n'a pas eu beaucoup de formation en médecine. Je ne sais pas si toi, Vivien, qui est plus jeune vous avez eu beaucoup de ... mais moi, euh... de mémoire, je ne me souviens plus trop, trop. C'est plus sur le terrain.

C : C'est plus des expériences personnelles ?

M05 : Ouais. Mon collègue aussi, je crois que c'est pareil. Mais je pense que c'est plus le terrain. Et puis euh... en connaissant les gens. C'est un peu l'avantage... Regarde toi Vivien : ça fait plusieurs fois que tu remplaces ici, tu commences à connaître les gens. Donc en connaissant les gens, après euh... on...

C : Vous arrivez mieux à dialoguer avec des patients que vous connaissez de longue date ?

M05 : Oui. Oui, oui. Alors parfois, c'est l'inverse ; on les connaît tellement bien que... qu'on n'arrive plus à parler de ça.

C : Quand les gens sont trop proches ?

M05 : Oui, quand les gens sont trop proches, oui. Mais euh... en même temps, si on considère bien comme leur médecin, on arrive toujours un petit peu à parler. Euh... en même temps, il faut savoir... faut parler au moment où c'est le problème. Il ne faut pas anticiper... euh

C : Il faut l'aborder au moment où il se...

M05 : Oui, juste...

C : Ok, ça fait combien de temps que vous exercez ?

M05 : 30 ans.

C : D'accord.

M05 : Puisque moi, j'ai 55 ans ; j'ai commencé mon premier jour ici à 25 ans, donc il y a 30 ans pile.

C : Ok, et vous avez une formation particulière, un DU, DESC ?

M05 : Moi, j'avais eu... j'avais fait un DU gériatrie qui était hyper intéressant parce que... euh... c'était tout refaire la médecine.

C : Ok, et dernière question : est-ce que vous faites le suivi de grossesse ?

M05 : Oui. Oui, oui. Ben, on est obligé parce qu'il n'y a plus de gynécologue. Je suis sûr que Patrick aussi. Oui. Mais en même temps... souvent je leur dis : « si vous êtes vu par un gynécologue dans le mois, je ne vous examine pas parce que c'est pas la peine de vous pas la peine, quoi.

C : Quels conseils donnez-vous aux jeunes parents ?

M05 : Il est important que l'amour reste dans la vie de couple parce que sinon, c'est à cause de ça qu'il y a trop de couple qui divorce. Et ça je crois que c'est... c'est à noter dans ta thèse que... euh... la mère n'est ... ne restera pas... ne sera pas qu'une mère ; elle sera... Il faut qu'elle soit épouse pour que l'amour reste et puis... et puis que le famille reste, quoi. Parce que... je suis persuadé que... euh... une famille recomposée, c'est quand même pas le... euh... c'est plus... c'est plus la même chose quoi. Il y a des blessures qui se sont fait ; s'il y a eu divorce, il y a eu des blessures. Et le blessures, bin, ceux sont les enfants qui... qui en prennent en premier... qui les prennent en premier.

C : Pour vous, la sexualité du couple, c'est une base pour... ?

M05 : Bah oui, parce que s'il n'y a plus de sexualité, il n'y a plus de... il n'y a plus d'intimité. Alors qu'il y a aussi quelque chose d'important, c'est que la sexualité, c'est pas toujours un rapport, ça ne se finit pas toujours par un rapport ; faut pas toujours qu'il y ait un rapport ; ça peut être un beau câlin. Parce que parfois madame, elle n'est pas prête, quoi. Et... nous les hommes, on est toujours prêt (rire) mais la dame n'est pas toujours prête. Et je pense que c'est là où le respect... Il faut absolument respecter... que madame n'a pas envie 24 heures sur 24 parce que sinon, après...euh... la dame qui fait ça par obligation et puis... c'est plus de l'amour quoi.

C : Ok, ça sera tout.

Médecin n°6

Chercheur : Mon sujet c'est d'essayer de répondre à la question : Comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leur patientes en post-partum ? Donc je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé de traiter ce sujet avec les patientes ?

Médecin 6 : Pas... Pas directement. Non... A part par le biais de la pilule. Mais sans entrer dans les ... dans les détails.

C : Elles n'abordent jamais le sujet spontanément de leurs difficultés particulières après l'accouchement ?

M6 : Non. Non, pas... en tout cas pas avec moi. Sur leurs difficultés physiques ou de libido ou... voilà. Quand j'aborde le sujet donc... c'est par le biais de la prescription

de la contraception... par la suite, si c'est moi qui le fait parce que souvent c'est le gynéco... l'obstétricien... voilà.

C : Et lors de ces consultations sur la contraception, elles n'évoquent pas de difficultés ?

M6 : Non, pas de ... non, pas de difficultés... pas de ... pas de problème particulier... euh... les fois où j'ai pu aborder, c'était pas quelque chose de ...de... de compliqué ou difficile pour elles...euh...elles me disaient que, bon ben « ca va revenir », notamment la libido ; et puis... et puis dans le post-partum direct, elles sont plus souvent préoccupées par leur rôle de mère que par leur rôle de femme parce qu'il y a une difficulté...il y a un temps avant de se reconsidérer comme une femme...euh...il y a un temps de latence, on va dire. Elles sont plus investies de leur rôle de mère.

C : D'accord. Vous pensez que le fait d'être un homme, c'est une difficulté pour aborder ce sujet ?

M6 : Possiblement, oui (sonnerie interphone). Probablement.

C : D'accord. Donc en dehors de la contraception de la pilule, il n'y a pas d'autres motifs de consultation comme les épisiotomies ou les déchirures ?

M6 : Non, peut-être je...j'ai de la chance que ça ne m'est pas arrivé ou justement le fait que je sois un homme mais je n'ai jamais abordé le ... le sujet de douleurs aux rapports ou... de craintes d'avoir des rapports par rapport à ce qui a pu se passer pendant l'accouchement comme vous le dites avec les épisiotomies ou les déchirures...

C : Vous pensez qu'elles se confient plus aux sages-femmes par exemple lors du suivi post-partum ?

M6 : Euh... je ne sais pas, je ne sais pas...je... peut-être, peut-être avec les sages-femmes qui font les suivies ou avec...avec leur gynécologue obstétricien... (sonnerie interphone) où le sujet est peut-être plus librement abordé qu'avec leur médecin généraliste. Souvent, dans les conditions du post-partum, je... elles me présentent leur...leur nouveau-né et euh... et elles sont plus préoccupées par ça.

C : D'accord. Est-ce que vous faites du suivi de grossesse ?

M6 : du suivi de grossesse non pathologique, oui. Parce que... on est en pénurie de gynécologue.

C : Ok, selon vous, quel serait l'intérêt d'en parler avec les patientes ?

M6 : Euh... Bonne question ! Je ne sais pas. Probablement que... que ça leur rapporterait... Euh... Bah de se préparer de ce qu'il va se passer après l'accouchement, des difficultés peut-être de retrouver une libido, une sexualité antérieure... euh... peut-être que je pourrais mieux les préparer si j'abordais le sujet mais j'avoue ne jamais traiter le sujet avec les patientes dont je fais le suivi quand je dois le faire, dans les grossesses non pathologiques. Peut-être est-ce aussi une question que je devrais me poser...

C : Les consultations que vous avez avec vos patientes finalement sont plus axées sur le bébé ?

M6 : Et puis ça reste essentiellement obstétricale donc... obstétricale...euh...sur le plan du bon déroulé de la grossesse...euh... sur le plan pédiatrique mais effectivement je n'aborde pas le thème de la sexualité...et durant la grossesse et en post-partum de façon systématique.

C : D'accord ; Vous est-il déjà arrivé d'adresser des femmes à des psychologues ou sexologues ?

M6 : Du tout, du tout.

C : Au niveau de votre formation, vous trouvez que vous êtes suffisamment formé (sonnerie interphone) sur la sexualité du post-partum ?

M6 : Non, pas du tout. Pas du tout formé à prendre en compte cet aspect de la vie des femmes...euh...je...je pense d'une manière générale que ça ne doit pas être un thème...très approfondi même chez...même chez nos amis gynécologues obstétriciens. Je...je pense que c'est un des thèmes...un thème futur à aborder dans la formation de ... ou alors sensibiliser au moins... les futurs médecins à cette partie-là de la vie de nos patients.

C : D'accord. En dehors de la sphère de la sexualité, est-ce que vous avez d'autre formation en médecine ? des DU, des DESC ?

M6 : Ah euh...Non. Pas de DU, pas de DESC en particulier, non.

C : Ok, vous exercez depuis combien de temps ?

M6 : Euh... ça fait 5 ans maintenant, 5 ans. Et j'aime beaucoup.

C : Et quand vous avez des consultations avec des femmes qui ont accouché, leurs enfants, est-ce que le conjoint est présent ? Pouvez-vous discuter avec lui ?

M6 : Non. Très rarement le conjoint est présent à la première consultation...euh...post-natale. Je dois avouer que souvent, je ne reçois que les... que les femmes et leur bébé... alors probablement qu'il y a une part liée au congé maternelle...euh...même si je fais en sorte d'avoir des consultations le samedi pour...pour que les gens qui travaillent la semaine puisse venir le samedi... ce qui pourrait leur laisser le loisir de venir... ou tard le soir ou le samedi matin...euh...mais je pense que c'est aussi lié à...voilà, ce que l'on disait tout à l'heure...le rôle de la mère est plus... peut-être plus important que le rôle de femme dans les premières semaines voire, les premiers mois qui suivent l'accouchement.

C : D'accord. Mais un moyen terme, plusieurs mois plus tard, y-a-t-il des consultations sur la difficulté sexuelle ?

M6 : Non, jamais. Quand je reçois les pères souvent, c'est l'occasion des ... des premières vaccinations puis... Bon, après ... ça s'estompe un peu. (sonnerie interphone). D'une manière générale, c'est souvent les femmes et leur bébé.

C : Ok. Bon ce sera tout alors.

M6 : Très bien.

Médecin n°7

Chercheur : le sujet de ma thèse, c'est la question : « comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum, » donc je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé ce cas de figure au cabinet ?

Médecin 7 : Euh... Alors, au cabinet non. Mais ça m'est déjà arrivé...euh...avec des amies en fait. Voilà, en patiente, ça m'est jamais arrivé mais des amies, sachant que j'étais médecin, et qui venaient d'accoucher m'ont demandé un petit peu des questions qu'elles n'osaient pas poser à la sage-femme ou au gynéco avant de sortir ; c'est là que j'étais sollicité parfois par ce genre de question, ouais. Au cabinet...euh...si quand j'étais remplaçant, ça m'est arrivé une fois mais depuis que je suis installé, non. On ne m'a pas posé la question.

C : d'accord. En général, quelles sont les questions qu'elles vous posent ?

M7 : Euh... « au bout de combien de temps on peut reprendre une activité sexuelle, », euh... »est-ce que je vais avoir des douleurs quand ça va reprendre ?, euh... »est-ce que j'ai le risque d'attraper une infection, quelque chose comme ça, si je reprends trop tôt ? », euh... qu'est-ce que j'ai d'autre comme question... ? Non, c'est essentiellement ça. La question... que l'on m'a posé le plus souvent c'est le... « dans quel délai, on peut reprendre ? ». mais la deuxième, les douleurs : »est-ce que ça va faire mal ? ». aussi, surtout...euh...dans un cas, il y avait une épisio, on m'avait demandé s'il y avait un délai plus long, « est-ce qu'il y avait des douleurs séquellaires possibles ? », ou... des choses comme ça.

C : En général, quels sont vos conseils ?

M7 : Euh...(rire) ça c'est une bonne question. En général, au niveau des douleurs, je dis qu'il y a ...enfin, si on respecte le bon délai, si l'on attend bien en général, je conseille quand même d'attendre les 6 semaines. Et si on attend, il n'y a pas de raison qu'il y ait des douleurs particulières même... même en cas d'épisio quand c'est bien cicatrisé, quand la plaie est bien refermée et quand c'est propre, je dis qu'il n'y a pas de douleur particulière. Et...Euh...Après je n'ai pas eu de retour sur les conseils que je ...que moi, j'ai pu donner et ... euh... en général, c'est ça ma réponse. Qu'il n'y a pas d'inquiétude à avoir, qu'il n'y a pas de ... qu'il n'y a pas d'urgence à...enfin, de mon point de vue d'urgence à reprendre même si parfois ... les patientes, elles disent que...euh... parce qu'elles ont un petit peu la pression du côté du conjoint (rire). Voilà mais après... Je n'ai pas eu de retour sur mes conseils mais c'était ça qu'en général : « faut attendre 6 semaines »Euh... En cas d'épisio même, au niveau du délai, on est bon et quand la cicatrice est bien refermée, que les points sont... les points de suture sont retombés, il n'y a pas de soucis. Et pis voilà.

C : est-ce qu'il vous arrive d'avoir le conjoint qui vous pose des questions sur la sexualité ?

M7 : Non, ça c'était toujours les... donc, les amies qui m'ont demandé en dehors du cabinet, c'était juste les filles qui m'ont posé la question et euh... au cabinet, quand j'étais remplaçant, la maman, elle était... enfin, la patiente était là toute seule pour la consult du nouveau-né sans le mari donc moi, je n'ai jamais été confronté au mari qui me posait la question même si...euh... quand la patiente nous posait la question, ça ... enfin, ça nous arrivait de comprendre que c'était : « c'est mon mari qui me demande quand est-ce que l'on peut reprendre ? » Pas le mari me posant directement la question.

C : Vous sentez une pression du conjoint ?

M7 : Ouais, parfois, ouais. (rire). Du genre, il doit trouver le temps un petit peu long, ouais ; je dirais... une fois, on a du me poser la question combien de fois ? Pas plus de quatre. Ouais, cinq six expériences, deux fois... dans deux cas, on sentait qu'il y avait un petit peu...enfin pas de pression derrière mais que c'était le mari qui posait la question : « Tu as demandé au médecin quand est-ce que l'on pourrait reprendre ? »

C : Les hommes étaient plus pressés de reprendre ?

M7 : Ouais, c'est ça. Ouais, ouais. Clairement. Euh... Enfin, quand on m'a posé la question, vu qu'à chaque fois, c'était assez...assez proche de l'accouchement, je pense. Et dans le premier mois, euh... la patiente, elle n'y pense pas forcément tout de suite. Moi, je ressentais.

I : Elles avaient d'autres priorités ?

M7 : Bah, ouais. Déjà, de s'occuper du bébé, et puis euh... parfois elles avaient encore des douleurs, des saignements...Enfin, voilà, donc elles ne se voyaient pas reprendre enfin... elles n'avaient pas en tête de reprendre une activité sexuelle. Je pense qu'elles avaient plus en tête de récupérer l'intégrité de leur intimité avant d'envisager de la réouvrir (rire). Ouais.

C : D'accord, et ces femmes qui parlent de sexualité, ont-elles un profil particulier ?

M7 : Euh... profil particulier ??Bah, c'est... je ne sais pas si on peut parler de profil particulier. Bah si, peut-être enfin... Moi, dans mon cas, vu que c'était des amies, donc c'est pas forcément... c'était des profils...Bah enfin...profil socio-culturel un petit plus favorisé, ouais...euh...qui ont fait des études, c'est des...des femmes de copains, pas forcément des femmes de médecins mais femmes...Elles, elles ont le BAC, quelques années post-BAC, des professions à responsabilités, ouais, quelque chose comme ça. Un profil plutôt favorisé, je vais dire ; c'est pas...A chaque fois que l'on m'a posé la question, c'était ce profil là. Soit dans mon... quand c'était des amies, soit quand j'ai remplacé, ouais, c'était ça.

C : La sexualité du post-partum n'est pas abordée spontanément ?

M7 : Moi, non. C'est vrai que...Moi, spontanément, je n'en parle pas. Quand j'étais à... même quand j'étais interne à... quand j'étais passé en maternité, c'est vrai que c'était un truc...quand la patiente posait la question, on lui répondait, sinon, de mémoire, je crois que l'on avait une petite fiche de consignes avec la sortie où les

indications étaient reprises donc verbalement...Non, c'était pas... C'est vrai que ce n'est pas un sujet que j'aborde spontanément. Peut-être que je devrais le faire mais... je le ferais peut-être après ça mais... Là, comme ça, non.

C : Et par rapport aux questions sur le sujet, est-ce que vous êtes à l'aise ?

M7 : Euh...La première fois...Ouais, ça ne me posait pas de soucis, même les autres fois en fait...j'avais...quand j'ai un petit doute, je n'hésite pas à jeter un coup d'œil à des sites sur internet, des sites pour les pros ; on regarde un petit peu les consignes... A Jeanne de Flandres, on avait...euh ...enfin, il y avait des consignes de mémoire que l'on donnait à la sortie, donc...quand la question m'était posée, je me référais à ça, donc...ça ne me gêne pas...le thème ne me gêne pas et donner la réponse ne me gêne pas, après...je suis peut-être un peu...euh...plus dans le ...euh...comment dire ? Je prends plus de sécurité. Enfin, moi, pour moi, il n'y a pas d'urgence à la reprise de l'activité sexuelle forcément dans le post-partum si...donc si la patiente n'est pas prête... faut gérer la pression qu'elle peut avoir, mais c'est tout, c'est surtout ça qui compte. Euh... qu'elle soit prête et attendre quelques semaines pour que médicalement il n'y ait pas de risque et puis voilà.

C : C'est plus des conseils pour rassurer ?

M7 : Ouais, ouais, c'est surtout ça.

C : est-ce que le fait d'être un médecin homme, c'est un frein ?

M7 : Euh...ça dépend...ça dépend des patientes, je pense... Moi, j'ai fait pas mal de gynéco pendant l'internat, donc je pensais en faire plus au cabinet ; c'est vrai que depuis que je suis installé, j'en fais nettement moins parce que ... je pense que peut-être le fait...enfin, d'être le médecin généraliste et être un homme, ça gêne peut-être d'aborder certaines questions pour les patientes...Enfin, soit elles ont un suivi gynéco mais ici sur le secteur, il n'y en a plus beaucoup des gynécos, donc parfois, elles préfèrent quand même le...On voit parfois que quand c'est une femme qui pose une question d'ordre gynéco en général, sans que ce soit le post-partum, elles sont quand même un peu gênées quand on propose un examen donc...euh...peut-être que le fait d'être un homme ça fait que certaines patientes n'osent pas aborder le sujet spontanément parce que... peut-être qu'elles...enfin, moi, j'ai vraiment... c'est une question que l'on ne pose quasiment pas.

C : D'accord ; et selon vous, quel serait l'intérêt d'aborder le sujet ?

M7 : bah, l'intérêt je pense que c'est...euh...c'est forcément une question que toutes les patientes doivent se poser en post-partum, c'est une certitude. Quand on voit entre guillemets le traumatisme périnéal que c'est l'accouchement, euh...elles doivent forcément toutes se poser la question, euh... »quand est-ce que je peux reprendre en toute sécurité ? », « comment ça va se passer ? », c'est quelques questions dont on parlait au début, les thèmes qu'elles abordaient : les douleurs, quand est-ce qu'on peut reprendre et le risque infectieux, tout ça, euh... à mon avis, elles doivent toutes se poser la question donc...euh...donc je pense que si on pouvait l'aborder plus facilement, plus spontanément, ce serait une bonne chose pour ...euh...pour les patientes. Alors après, comment faire pour... ? c'est peut-être

à moi de mettre... vu que moi souvent, je ne les voit pas pour la visite post-naissance, je les reçois en général plus pour la visite...euh...la première visite du nouveau-né. Alors... euh...est-ce que c'est une question qu'elles abordent en visite post-naissance ? C'est pour ça que je n'ai pas la... je n'ai pas à y répondre. Ou est-ce que moi, je devrais en profiter quand je vois le nouveau-né, d'aborder le sujet. Peut-être, ce serait un moyen de... d'avancer là-dessus.

C : est-ce que vous pensez qu'elles se confient plus aux sages-femmes ?

M7 : Ouais, peut-être. Peut-être qu'elles...voilà, avec cette visite là, peut-être qu'elles se confient plus à la sage-femme ou quand des fois la...des fois, il y a des sages-femmes ou des puéricultrices, ça dépend desquelles qui passent revoir le nouveau-né ; c'est peut-être plus des moments où elles peuvent poser la question à la sage-femme, peut-être. Mais là-dessus, je n'ai pas de certitude. Mais j'imagine ou peut-être qu'elles en auraient parlé à des amies qui ont l'expérience si elles ont déjà des amies qui ont accouché, des choses comme ça.

C : est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'en diriger vers des psychologues ou des sexologues ?

M7 : non, jamais. Non, jamais. Dans le cadre de ce que j'ai eu à traiter, enfin, quand le sujet a été abordé, il n'y a jamais... comme je vous le disais, il n'y a jamais eu de retour problématique donc...je suppose qu'à chaque fois, ça s'est bien passé la reprise de l'activité sexuelle.

C : et selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la prise en charge des difficultés sexuelles ?

M7 : Comment ça ?

C : Qu'est-ce qui pourrait...Plus d'information ?

M7 : Oui, je pense, plus d'information, ouais. Eventuellement, euh... moi, enfin, dans ma pratique, me rajouter un item quand je vois le bébé...euh... aborder le sujet avec la patiente, être systématique...déjà, ça me permettrait de voir si c'est un problème fréquent ou pas. Et après si c'est un problème fréquent d'avoir une fiche d'information ou...voilà, un truc assez...assez carré mais assez simple en disant : « vous pouvez reprendre dans autant de temps » ou si ... d'attendre la résolution en fonction si épiso, pas d'épiso, douleur, pas de douleur, saignement, pas de saignement ; voilà, un truc un peu structuré, une fiche de conseil, quoi ; je pense que ça pourrait améliorer ; après, tout ça, c'est une première chose, ça permettrait de dépister les situations à problème, et puis après, en cas de problème, éventuellement orienter vers un spécialiste mais... pour améliorer la prise en charge, peut-être juste améliorer le dépistage des problèmes. Moi, dans ma pratique, ça ne me semble pas être un thème à problème alors que ça peut-être un biais complet de ma pratique mais vu que ça ne me semble pas être un problème, je ne vois pas comment l'améliorer en fait. Peut-être simplement en le cherchant, on verrait qu'il y a des problèmes et ça permettrait d'orienter la prise en charge.

C : ok, au niveau de votre formation, est-ce que vous avez été sensibilisé à ce sujet,

M7 : pas trop non. Pourtant j'ai fait... j'ai fait pas mal d'obstétrique quand j'étais interne. Euh... j'ai fait quoi ? Six, sept, neuf mois et euh... non pareil ; on avait la fiche d'information à la sortie de maternité quand j'étais à la maternité ; quand j'étais plus du côté obstétrique, euh...c'était plutôt la sage-femme du service qui gérait la patiente en...en post... enfin après l'accouchement, donc...Non , moi, je dirais que je n'ai pas été sensibilisé particulièrement. C'est euh... quand j'ai eu la question qui m'était posée, c'est là que je me suis renseigné, c'est là que j'ai vu qu'on avait une petite fiche de conseils mais après je n'ai pas eu de... je n'ai pas souvenirs dans les bouquins pour l'ECN de l'avoir vu et je n'ai pas... ou alors je n'ai pas imprimé et après, c'est vrai que ce n'était pas quelque chose qui m'a été abordé particulièrement.

C : Vous êtes installé ici depuis combien de temps ?

M7 : Euh... j'ai commencé le libéral en Juin 2014 donc ça fait 3 ans.

C : D'accord ; est-ce que vous avez eu une formation particulière dans d'autre domaine médical ?

M7 : Euh, ouais, je me suis formé en médecine du sport, la capacité de médecine d'aéronautique et spatiale. Et là je vais commencer la formation de ... de pédiatre...je n'ai plus le nom exact, à la fac de Lille, je commence la formation de pédiatre. Voilà, en post-test, voilà ce que j'ai fait en formation.

C : Ok, j'ai fait le tour de la question.

Médecin n°8

Chercheur : Alors, le thème de ma thèse, c'est d'essayer de répondre à la question : « comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum ? », donc je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé de parler de ce sujet avec des femmes qui ont accouché.

Médecin 08 : C'est extrêmement rare.

C : c'est très rare ?

M08 : Ouais, je n'ai pas de souvenirs donc je vais dire non.

C : D'accord, spontanément vous n'abordez pas le sujet ?

M08 : Non. Le seul sujet que je vois avec elle, c'est la contraception après.

C : d'accord.

M08 : Là oui mais on ne parle pas de sexualité, non.

C : Elles ne parlent jamais de problèmes particuliers ?

M08 : J'ai pas...Non...Non... La contraception du post-partum, ça c'est classique, ça d'accord. Mais après...

C : Pensez-vous qu'elles en parlent à d'autres médecins ou à d'autres professionnels de santé ?

M08 : Ben après, on ne sait pas où les gens vont ; certaine personne que l'on connaît bien, je ne pense pas qu'elles aillent voir quelqu'un d'autre donc je pense qu'elles ne doivent pas en parler. Après d'autre personne que l'on connaît un peu moins bien... peuvent aller voir quelqu'un d'autre...

C : Des gynécologues ou des sages-femmes ?

M08 : Oui, des gynécos ou sages-femmes... Oui, sages-femmes, ça commence que maintenant parce qu'avant c'était rare... Maintenant, c'est plus les sages-femmes qui suivent les grossesses. Mais...euh...en tout cas, moi, elles ne m'en parlent pas vraiment alors peut-être qu'elles en parlent aux sages-femmes... Moi, elles ne m'en parlent pas.

C : et d'après vous, pourquoi elles ne vous en parlent pas justement ?

M08 : C'est pas évident cette question. C'est pour elles cette question ! (rire) Je ne sais pas ; parce que je ne l'aborde pas ; sûrement ; il doit y avoir de ça.

C : D'accord ; pensez-vous qu'être un homme, c'est plus délicat pour aborder le sujet ?

M08 : Je pense, oui. Je pense.

C : Est-ce que vous faites du suivi de grossesse ?

M08 : Euh... pas régulièrement, un petit peu, oui.

C : Ok. Est-ce qu'il vous arrive de voir les conjoints des patientes ?

M08 : Par rapport à quoi ?

C : Après l'accouchement...

M08 : Après l'accouchement... Non, pas souvent. Même rarement.

C : Hmm...

M08 : Souvent après l'accouchement, si elles viennent... le sujet, c'est la contraception ou le bébé mais pour elles... C'est surtout le bébé. Pour moi, c'est surtout le bébé qui arrive en premier, après...elles en parlent ^peut-être par la suite à son gynéco mais non, moi je sais que... et le mari, le compagnon... très peu ; c'est arrivé quelque fois mais très peu.

C : Et quel serait l'intérêt d'aborder le sujet ?

M08 : ...

C : Si vous ne le faites pas, c'est par manque de temps ?

M08 : Non, c'est même pas le manque de temps. On pourrait en parler mais... c'est l'intérêt, dans quel but après. Donc, soit elles ont un souci et elles me le disent... C'est l'intérêt d'en parler et dans quel but ? Pour aller jusqu'où, pour arriver à quoi ?

C : Vous vous dites que si elles ne vous en parlent pas, c'est qu'il n'y a pas de besoin d'en parler ?

M08 : Voilà ; peut-être que c'est pas vrai (rire). Je veux dire... c'est dans quel but ? Enfin... En fait, je n'ai jamais eu de cas, je n'ai pas beaucoup d'expérience là-dessus.

C : Le long de votre formation, est-ce que vous avez été sollicité sur ce sujet ?

M08 : Non. (sonnerie de téléphone) Non, jamais eu ce genre de questionnement.

Appel téléphonique

M08 : En formation, non. Jamais vu passer ce sujet...

C : D'accord. Au niveau général de la sexualité, est-ce que vous pensez que le médecin généraliste est bien placé pour parler de ces choses-là ?

M08 : ...

C : Est-ce que c'est le premier intervenant pour les problèmes sexuels, Ou un autre intervenant serait mieux placé ?

M08 : Euh... pas sûr que ça soit le meilleur intervenant mais bon après. Pour moi non. Je trouve quand même qu'il faut une formation pour ce genre de chose mais... je trouve qu'il faut une formation ; ça ne s'apprend pas comme ça. C'est toujours pareil, dans quel but ? Donc, non ; Moi, je n'en parle pas beaucoup par ce que je ne me sens pas bon dans ça... il me manque plein de truc...

C : Avez-vous déjà orienté une patiente vers un sexologue ou un psychologue ?

M08 : Si.

C : C'est déjà arrivé ?

M08 : Oui... quelques une, comme ça... un petit peu... oui, tout à fait. Oui, ça, d'accord. Ici, on a des sexologues... et les gens reviennent...

C : Elles sont satisfaites ?

M08 : Oui. Donc, généralement... Moi, je ne me sens pas capable de le faire. Je n'ai pas la maîtrise du sujet donc je délègue.

C : Et en général, avez-vous une formation particulière en médecine, dans d'autres domaines ?

M08 : Non, je n'ai pas... je vois beaucoup de cardio, rhumato mais je n'ai pas de formation spécifique, pas de DU ou autre...

C : D'accord... Vous exercez depuis combien de temps ?

M08 : Trente.

C : Ok, on a fait le tour de la question.

M08 : C'est vrai que ce n'est pas un sujet auquel...

Médecin n°9

Chercheur : Voilà, le thème de ma thèse, c'est de répondre à la question : « comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum ? »

Médecin 9 : Hum hum...

C : Je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé de traiter ce sujet dans votre cabinet ?

M9 : Tout le temps (rire).

C : Tout le temps ?

M9 : Tout le temps ! Avec toutes les femmes en post-partum, ouais.

C : D'accord ; y-a-t-il des questions qui reviennent systématiquement ?

M9 : Euh... quand j'y pense, oui. Euh... j'y pense très, très souvent, ouais. Alors après, dans le post-partum immédiatement, non mais dans les ... je vais dire dans les deux, trois mois qui suivent l'accouchement, oui.

C : Lors de quelle consultation ?

M9 : En général, c'est une consultation pour enfant du deuxième ou troisième mois.

C : Est-ce qu'elles se livrent facilement ?

M9 : Après, je demande juste si elles ont repris l'activité sexuelle et si elles ont un moyen de contraception mais ouais.

C : Quelles sont les questions qui reviennent le plus souvent ?

M9 : Ah bah, c'est moi qui demande si elles ont repris l'activité sexuelle, si ça va bien, s'il n'y a pas de douleur, s'il y a des choses particulières mais en général, ça se passe bien.

C : Mais d'elles-mêmes, est-ce qu'elles posent des questions ?

M9 : Jamais. (rire) Jamais.

C : D'accord. Faites-vous du suivi de grossesse également ?

M9 : Euh...non (sonnerie de téléphone)

Communication téléphonique

C : Donc, quels sont vos conseils généralement ?

M9 : Bah, en termes de conseils, je ne donne pas vraiment de conseils, je demande si l'activité s'est... a été reprise ou pas, s'il y a des douleurs ou pas, en cas d'épisiotomie, après je peux... il peut m'arriver de donner comme conseil de, justement de prendre son temps, d'utiliser le lubrifiant mais à part ça...

C : D'accord ; est-ce que le fait d'être un homme est un inconvénient ?

M9 : Oh, je m'en fiche totalement (rire), totalement, totalement.

C : Est-ce qu'il vous arrive de voir les conjoints également et d'en parler ?

M9 : Bah, si le conjoint est là pendant la consultation, je demande. Qu'il est là, qu'il ne soit pas là, pour moi, peu importe. Mais...euh... des fois, ça m'arrive même de demander au conjoint si c'est... si c'est l'homme qui est là pour la consultation pour l'enfant...non, ça ne m'arrête absolument pas.

C : D'accord. Pour vous, quel est l'intérêt d'aborder le sujet avec les patientes ?

M9 : Bah parce que... la sexualité est importante, la sexualité ne doit pas être tabou dans le post-partum ou autre et puis vie sexuelle épanouie fait partie des critères de bonheur et à mon avis de bonne santé. Selon la définition HAS de bonne santé, il y a un bien-être physique mais aussi moral. Quand on est en souffrance d'un point de vue sexuel et que l'on n'ose pas en parler à son médecin, bah c'est un peu dommage.

C : Avez-vous une formation particulière ?

M9 : Absolument pas !

C : Cela fait combien de temps que vous exercez ?

M9 : Euh...ça fait un an et cinq mois donc 17 mois.

C : D'accord. Est-ce qu'il y a des choses qu'il faudrait améliorer selon vous dans la prise en charge des difficultés sexuelles ?

M9 : Je ne sais pas. Parce que je ... je n'ai jamais eu de problème avec la sexualité ; dans mes consultations, c'est un sujet que j'aborde extrêmement facilement donc...peut-être, mais moi, je...je ne sais pas...je ne sais pas.

C : Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de diriger des patientes vers des psychologues ou des sexologues ?

M9 : Oui. Des patientes en post-partum, pardon...non, jamais, non. J'ai qu'une seule patiente qui a des problèmes suite à l'accouchement mais c'est une personne qui ne veut absolument pas en parler. Je ne peux pas parler avec elle.

C : D'accord. En général, les problèmes sexuels, vous arrivez à les régler pendant la consultation ?

M9 : Ouais, quand c'est médico-psychologique, ça va ; quand c'est uniquement psychologique, ça va aussi. En général, j'arrive à les régler.

C : Ok ; est-ce qu'il y a des profils de patientes où c'est plus facile d'en parler ?

M9 : Honnêtement, je ne vois pas de différence. J'en parle. J'en parle.

C : Ok.

M9 : Je ne vois pas de difficultés particulières. Après, ce n'est que mon ressenti.

C : D'un point de vu général, avez-vous une formation supplémentaire en médecine, des DESC ou des DU ?

M9 : Non, jamais.

C : Ok, ce sera tout.

Médecin n°10

Chercheur : Alors, ma thèse essaie de répondre à la question : « comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum ? » Je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé d'être dans ce cas de figure.

Médecin 10 : Alors, donc oui... forcément, oui... sur différents points... Alors, problèmes... problèmes péritonéaux, euh... péritonéaux ? Périnéaux...Euh... les suites d'épisio bien sûr...Donc ça, ça peut être un motif direct de consultation, hein ? Mais les difficultés de la sexualité que cela peut engendrer, ça peut être un motif également, la patiente... Alors après la patiente, elle ne vient pas... je ne me souviens pas d'avoir eu en consultation d'emblée pour ça.

C : C'est souvent un motif secondaire ?

M 10 : C'est souvent un motif secondaire, ça fait partie de... Bon, j'ai pris l'exemple des suites difficiles de l'épisio par exemple...euh... Bon ben la femme vient parce qu'elle a des douleurs et puis elle va expliquer ses problèmes sexuels mais c'est souvent une...une démarche...un motif secondaire de consultation. Donc ça euh... ça peut être aussi dans le cadre également des suites d'accouchement... euh...la...la femme vient consulter pour un problème urinaire, hein ? de fuites urinaires ou de.. ; et elle aborde son problème sexuel secondairement. Donc ça, c'est les deux motifs...euh...les plus fréquents qui concernent les problèmes périnéaux. Après, je vais dire...il y a aussi... on est souvent amené à aborder la contraception du post-partum et donc dans la contraception du post-partum, il faut... bah forcément on parle contraception, on parle un peu de sexualité et puis là...euh...une femme peut évoquer éventuellement ses problèmes. Alors pour ma part... pour ma part, ici, on a une maternité où les... euh les...les femmes sortent toutes sous contraception micro-progestative et... j'ai pour moi, le sentiment que c'est une contraception quia un effet très négatif sur la libido. C'est mon ressenti sur...mon temps...euh... Bon ce qui fait que ça peut ...euh...ouais... gêner la libido, alors...ça...ça... Quel motif... ?

C : Les femmes se présentent-elles seules en consultation ?

M 10 : Dans ces cas-là, seules.

C : Est-ce qu'il vous arrive d'avoir le conjoint qui vous parle de sexualité, éventuellement ?

M 10 : Alors...euh...Rarissime. J'ai...Oui, mon impression...Alors après c'est...c'est une démarche différente aussi. C'est la différence de la fonction familiale, enfin, l'arrivée de l'enfant ; il replace le couple dans un climat, dans une famille différente ; chacun doit retrouver sa place ; l'amante devient maman, le papa, il devient père de famille aussi et donc le père là-dessus, souvent, j'ai l'impression qu'il se fait tout petit. (rire) C'est un petit peu mon ressenti, alors des fois, il a du mal à trouver sa place. L'allaitement aussi, je n'ai pas parlé de l'allaitement...euh... en particulier,

l'allaitement où la maman continue à avoir, je vais dire, une relation fusionnelle avec son enfant et où des fois, le mari est un petit peu à l'écart et donc...euh... je parlais de libido... de la femme tout à l'heure et peut-être que la libido de l'homme est diminué par...par le côté...euh...relation fusionnelle de la maman avec son enfant. Donc, dans le cadre de l'allaitement, c'est peut-être des choses que j'ai pu remarquer.

C : D'accord. Quels conseils vous pouvez donner à une femme qui a une baisse du désir ?

M 10 : Alors, les conseils que je vais donner quand on... quand on en parle effectivement... tout dépend... alors sur les baisses de libido... les baisses de libido...euh... il y a la part je vais dire, psychologique de...de...comment dire...de se retrouver avec son compagnon... de se retrouver avec son compagnon...euh...d'essayer de forcément de se détacher un petit peu de son enfant...euh... conseils pratiques ; je n'en ai pas concernant la vie de couple, je n'en ai pas vraiment de...

C : C'est au cas par cas ?

M 10 : Au cas par cas, oui. Après, pour tout ce qui est problème... on va dire plus mécanique, de dyspareunie suite par exemple à une épisio un peu difficile, bah là, on peut être amené à... à conseiller sur... je ne sais pas, l'utilisation de gel...hydratant, des choses comme ça...euh...ouais, on peut faire ça.

C : Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de diriger une patiente vers d'autres professionnels de santé comme les psychologues ou sexologues ?

M 10 : Alors euh... de temps en temps... Alors, non pas psychologues, sexologues mais peut-être sages-femmes. Je reviens encore sur les problèmes de périnée, hein, donc si...euh...comment dire...problèmes urinaires dans les suites...un petit peu...bon ben... la sage-femme peut-être, elle va être habilitée à jouer un petit peu...euh...cette fonction-là. On a une sage-femme sur Calais qui fait de la sexologie... euh...donc ça... et les nouveaux modes entre guillemets de rééducation périnéale avec les sondes, pourquoi pas, plus si affinité... plus si affinité. Euh... Je me souviens d'une consultation, c'était une jeune très sportive et elle a vraiment eu un accouchement difficile avec une dystocie vraiment à cause des muscles trop puissants de son périnée et puis dans les suites, elle avait une dyspareunie importante, quoi. Le mari n'arrivait pas à avoir une pénétration ; c'était très compliqué. Et là, en l'occurrence, ils étaient venus consulter à deux et me demandaient des conseils. Je pense que c'est la seule fois où j'ai vraiment envoyé vers un professionnel... un sexologue, mais en fait, c'était pas...c'était plus...euh...la dame n'a pas été reprise au niveau chirurgical mais en fait, ce n'était même pas de la sexologie, c'était plus de la ... un problème anatomique. Ça reste quand même par rapport à l'ensemble des... par rapport à l'ensemble des... des parturientes, je vais dire... on n'en parle pas beaucoup.

C : D'accord. En général, les femmes qui parlent de sexualité, ont-elles un profil particulier ?

M 10 : Je vais dire... ça va être le profil...euh...plus d'éducation, plus... les milieux on va dire moins favorisés, on reste un petit plus tabou. Ça va être le prof, le ... l'étude supérieure etc. qui va plus parler de ça.

C : D'accord.

M 10 : C'est mon ressenti.

C : Et en général, le sujet vient d'elles, vous ne posez pas la question spontanément ?

M 10 : Euh... je le demande assez souvent dans le cadre de la contraception mais du... avantage/inconvénient des différents types de contraception, en particulier dans le post-partum, durant l'allaitement, après...

C : Ca permet de faire le point sur la sexualité ?

M 10 : Oui.

C : Ok. D'après vous, le médecin généraliste a-t-il sa place dans les questions de sexualité du post-partum ?

M 10 : Alors... Mon point de vue ; rapport à mon lieu d'exercice, ça je pense que c'est important, euh, ici, on a un lieu d'exercice où on a une maternité... on travaille avec une maternité de grade trois...euh...ce qui fait qu'en quelques années, on a vu le suivi de grossesse complètement disparaître de nos cabinets médicaux. Euh... Et sur les lettres de sortie d'hôpital, on a une phrase magique qui est marquée : « la patiente a pour consigne de revoir son obstétricien, son gynécologue et sa sage-femme afin d'assurer les modalités de son suivi post-partum et de sa contraception. » Et cette lettre type, elle sort sur toutes les lettres de maternité, donc on a l'impression que l'on nous a ôté un petit peu l'obstétrique dans nos cabinets et on est entrain de nous ôter le post-partum et la contraception, ce qui est une grosse erreur (rire). Euh... Après, on rattrape un certain nombre de ces femmes mais sinon...

C : D'accord. Est-ce que le fait d'être un homme médecin c'est un frein pour parler de sexualité ?

M 10 : Pour moi, ça ne me dérange pas...euh... ça ne me dérange pas et je pense même que...euh... j'ai l'impression que la femme va plus facilement en parler de sa sexualité que...enfin, moi, c'est mon ressenti, que...que l'homme avec ses problèmes de dysfonction érectile qui... où ça reste un tabou et puis c'est...bon...pour la femme, je pense que surtout...la femme, la parturiente qui ... qui a eu X examens gynécologiques et puis on... on les a examinés...mais je pense qu'on lui parle plus facilement justement dans cette phase là. C'est peut-être plus facile. Le fait que je sois un homme, ça ne me dérange pas, enfin.

C : D'accord. Est-ce que vous considérez que vous avez suffisamment de temps dans une consultation pour parler de ce sujet ?

M 10 : Jamais (rire), jamais. C'est toujours des consultations... Alors souvent, c'est ce que je disais, ce n'est pas... ce n'est pas un motif de consultation, c'est souvent

un motif secondaire et... bah il faudra peut-être prendre le temps de l'aborder à part entière.

C : Ok, au niveau de la formation médicale, est-ce que vous trouvez que l'on est suffisamment sensibilisé à ce problème lié à la sexualité du post-partum ?

M 10 : Alors, aucunement. Alors, moi je suis un vieux médecin, on a vécu à l'époque du cursus universitaire aucune formation... aucune formation de la sexualité. De par ma formation continue, j'ai dû faire une fois un séminaire de sexologie, dans le cadre... Bon, il y a déjà quelques années quand on a vu arriver les traitements... les traitements pour faciliter l'érection... Bon, on s'est dit qu'il fallait peut-être faire quelque chose pour ça ; et j'ai dû faire un séminaire de sexologie, c'est tout.

C : D'accord. Est-ce que vous avez eu d'autres formations en dehors de la sexualité ? Dans le cadre de la formation continue ? Des DU, des DESC ?

M 10 : Non, non, je l'ai dit, juste une... juste un séminaire ; c'était un séminaire de deux jours et puis peut-être une ou deux soirées où on a pu aborder le thème de l'urologue mais ça reste assez succinct.

C : Vous exercez depuis combien de temps ?

M 10 : (sifflement, rire) trente ans.

C : Ok ; et au niveau de la sexualité, est-ce que vous avez plus de facilité à l'aborder avec les femmes que vous suivez depuis longtemps ?

M 10 : Bah oui, c'est peut-être plus... bon après, celles que je connais... les femmes que je connais depuis très longtemps, elles sont plus... plus âgées et je vais dire... elles me disent souvent... euh... la sexualité... les troubles de la sexualité plus liés... à des problèmes masculins, on va dire.

C : D'accord.

M 10 : Mais là, on s'écarte du sujet.

C : Ok. Bon ça sera tout.

Médecin n°11

Chercheur : Voilà, donc le sujet de la thèse, c'est répondre à la question : « Comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum ? » donc je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé de traiter de ce sujet avec les patientes ?

M11 : Alors, relativement peu de demandes ; les femmes enceintes ne parlent pas vraiment de la sexualité du post-partum, en tout cas pas dans les trois premiers mois après l'accouchement. La priorité, c'est le bébé et souvent, elles ne prennent même pas rendez-vous pour elles c'est-à-dire que vous voyez le bébé et puis la maman qui vous pose une petite question en fin de consultation : « et ma contraception ? » ou... à ce moment-là, ça dépend du temps que vous avez mais on demande de reprendre un rendez-vous mais c'est pas du tout la question prioritaire.

C : Elle profite des examens du bébé pour poser la question ?

M11 : Ouais.

C : Et également, elles parlent spontanément de leurs soucis ?

M11 : Au niveau sexualité, non. C'est-à-dire que c'est plutôt moi qui aborde le sujet en demandant si elles ont des rapports sexuels douloureux, s'il y a une cicatrice d'épisiotomie douloureuse mais elles n'abordent spontanément le sujet, faut leurs poser la question explicitement.

C : D'accord. Vous posez la question systématiquement ?

M11 : Quand je les vois pour ça, oui. Euh ... quand elles ne prennent pas rendez-vous, non. Je considère qu'il n'y a pas forcément de problème ou qu'elles n'ont pas envie d'en parler et à ce moment-là, on n'en parle pas. Je ne cherche les problèmes là où il n'y en a pas (rire). Je n'ai pas forcément le temps de faire ça.

C : D'accord. Quelles sont les questions qu'elles posent en général ?

M11 : Généralement, c'est : « est-ce que c'est normal d'avoir encore mal ? » ou alors « ça me fait mal à tel endroit, il faut regarder au niveau de la cicatrice », elles veulent que l'on jette un coup d'œil à la cicatrice.

C : D'accord ; quels sont les conseils que vous donnez ?

M11 : Bah généralement, c'est d'utiliser du lubrifiant, une... rien d'extraordinaire.

C : Généralement, les questions arrivent dans les trois mois après l'accouchement ?

M11 : généralement, c'est après trois mois de l'accouchement, dans les trois premiers mois, la demande, elle est quasi nulle ; en tout cas, non... pas demandée spontanément.

C : D'accord ; les femmes qui vous posent des questions, ont-elles un profil particulier ?

M11 : Non, il y a du tout-venant.

C : d'accord ; vous arrive-t-il de recevoir également les conjoints ?

M11 : Alors, les conjoints, oui. Je reçois les papas poules. Donc les papas poules, ils sont occupés par le bébé (rire) que par... que par la maman ; elle est importante aussi mais la sexualité, ce n'est pas du tout une question des conjoints. Ils sont bien plus inquiets de savoir quel est le vaccin que l'on va faire au petit dernier qu'au... que la sexualité.

C : A ce moment-là, la sexualité est mise au second plan ?

M11 : Complètement second plan, oui.

C : Ok, est-ce que vous faites du suivi de grossesse ?

M11 : suivi de grossesse ; un petit peu mais rarement parce qu'elles sont souvent captées par les sages-femmes ou la maternité, donc j'en ai peut-être un ou deux par an mais c'est très rare.

C : D'accord ; est-ce que les femmes ayant accouchées revoient les sages-femmes dans la foulée ?

M11 : Alors, en général, elles sortent avec un beau courrier de la maternité qui dit : « elle reverra son gynécologue dans les six semaines pour sa contraception » et je saute au plafond parce que j'ai eu un certain nombre de grossesses débutées juste après la sortie de la maternité donc il y a une reprise des activités sexuelles juste au retour et avec deux grossesses avant retour de couche de mamans qui n'étaient pas venues pour ça et qui attendaient gentiment son... sa consultation chez le gynécologue ; bon ben...

C : il y a un manque d'information ?

M11 : Complètement. Catastrophe.

C : d'accord.

M11 : Je trouve que ce n'est pas normal de laisser sortir de la maternité avec simplement que réponse : « vous serrez les cuisses jusqu'à ce que vous alliez voir votre gynécologue dans six semaines » alors qu'elles sont fertiles parce qu'il y en a beaucoup qui n'allaitent pas ; elles sont fertiles dès la sortie de la maternité. Et que du coup, on se retrouve avec des enfants rapprochés, le plus souvent dans des familles précaires et c'est là que se posent les gros soucis.

C : D'accord ; est-ce que vous trouvez que c'est le rôle du médecin généraliste d'informer sur ce sujet ?

M11 : bah oui, oui. Si je ne le fais pas, ce sera la cata (rire). Bah oui, la contraception, je pose toujours la question à la maman même si elle ne vient pas pour ça en consultation, même si elle vient pour son bébé, je lui demande toujours : « et vous avez une contraception ? Qu'est-ce qu'ils vous ont donné en sortant de la maternité, Et qu'est-ce qui est prévu pour la suite ? Ou est-ce qu'au moins vous mettez un préservatif en attendant de poser un stérilet, de poser... de faire ce qui est prévu. » On est surpris des réponses !

C : Au niveau de la sexualité du post-partum, quel est l'intérêt d'aborder le sujet ?

M11 : L'intérêt du sujet... on l'aborde assez peu. Finalement, c'est plus pour le côté psychologique, voir comment le... la femme vit sa grossesse et comment elle va, c'est-à-dire qu'une maman qui a déjà repris une sexualité, on sent que ça se passe bien avec le bébé...euh...c'est plus ce côté-là en fait.

C : D'accord, et qu'est-ce qui faudrait améliorer dans la prise en charge ?

M11 : Bah, je pense qu'il faudrait une consultation dédiée pour les femmes, c'est-à-dire que...euh... il y a une consultation...euh...pour le bébé mais il faudrait une consultation pour la maman, ne serait-ce que pour revoir le minimum, la contraception à la sortie de la maternité ; et puis souvent, elles ont des petites

carences en fer, elles sont fatiguées, enfin...euh...voir un peu déprimées, voir un peu dépassées par les événements ou le petit dernier qui se remet à faire pipi au lit quand le petit frère est arrivé. Enfin, il y a pas mal de petits problèmes annexes à gérer en dehors du nouveau-né ; c'est vrai qu'une consultation supplémentaire, ce ne serait pas du luxe !

C : Ce serait recentré une consultation sur la patiente ?

M11 : sur la patiente, ouais. Sur la patiente parce qu'elles se mettent toujours au second plan et ... on s'aperçoit qu'il y a quelques soucis à gérer, aussi, côté maman.

C : Ok, est-ce que vous avez eu des formations particulières sur le sujet de la sexualité ?

M11 : Oh ! L'accouchement (rire) ! Mais... Je n'ai pas eu de formation particulière.

C : Dans votre formation en général, est-ce que la sexualité du post-partum est évoquée ?

M11 : Euh...Non, sur la sexualité du post-partum, non. On a ... on a un cours sur les épisiotomies, on a un cours sur l'accouchement, sur les suites de couches ; on passe de suite de couche à la maternité mais ce n'est pas du tout une question qui est évoquée.

C : Ok, est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'adresser des patientes à un sexologue ou un psychologue ?

M11 : Non, jamais. Jamais. Je n'ai pas eu de demande... de demande à ce point-là.

C : Vous arrivez à répondre à leurs problèmes de sexualité ?

M11 : enfin... la plupart des demandes au niveau sexuel, c'est plutôt des hommes... la cinquantaine passée, qui ont des troubles de l'érection, pour lequel le traitement classique par vasodilatateur ne fonctionne pas et dans ce cas-là, je passe la main à l'urologue ; il passe à un vasodilatateur soit en gel urétral soit en injectable... en infection intra-caverneuse pour quelques cas particuliers mais c'est... ça représente deux personnes sur ma patientèle ; c'est relativement rare.

C : D'accord ; et en général avez-vous d'autre formation comme les DU ?

M11 : Euh, sur le domaine de la sexualité ?

C : Non, dans d'autres domaines.

M11 : D'autres domaines...euh...non, je n'ai pas fait de DU complémentaire, j'ai fait beaucoup de pédiatrie à l'hôpital donc je fais pas mal de pédiatrie et de suivi de nourrissons ici, mais non, je n'ai pas fait de complément.

C : Ok, vous exercez depuis combien de temps ?

M11 : deux ans. (rire)

C : Ok ; est-ce qu'avec les patientes que vous suivez depuis le début, vous trouvez avoir plus de facilité à discuter de sexualité ?

M11 : Bah les mamans, oui...que je connais... elles m'amènent le grand frère pour le rhume, les rhinites, et autres... quand le petit frère arrive, les questions sont... il n'y a pas trop de tabou. Globalement, je n'ai pas trop de problème pour aborder la sexualité avec mes patients ; les hommes en parlent assez spontanément, les femmes sont un petit plus discrètes mais... elles en parlent.

C : est-ce que le fait d'être une femme médecin est un avantage ?

M11 : Je crois que c'est surtout dans le relationnel avec la patientèle ; c'est surtout la relation de confiance, c'est pas tellement le fait d'être une femme ou d'être un homme mais c'est plutôt d'être abordable et de...des fois de poser la question, d'aiguiller... d'aiguiller dans le sens... dans le bon sens.

C : Ok, je pense que l'on a fait le tour de la question.

Médecin n°12

Chercheur : Alors, ma thèse porte sur la question : « comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum ? »

Médecin 12 : Hum hum.

C : Je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé de traiter ce sujet avec des patientes ?

M 12 : Disons parfois mais...euh...après, c'est en fait toujours par une demande de la patiente. C'est jamais par l'interrogatoire. Est-ce qu'après, la sexualité ça va bien ? Il faut qu'il y ait une demande, une plainte ou une interrogation.

C : D'accord : vous ne demandez pas systématiquement ?

M 12 : Non.

C : Quelles sont les questions qui reviennent le plus souvent ?

M 12 : Ben disons, qu'en fait... c'est les changements au niveau de la libido et du ressenti du plaisir.

C : en général, elles posent ces questions combien de temps après l'accouchement ?

M 12 : Oh disons, souvent dans les six mois. Six mois, un an.

C : Quels conseils donnez-vous ?

M 12 : Après, j'essaie un petit peu d'interroger... Après, ça dépend un petit peu de...Euh... c'est moins fréquent maintenant mais il y a quand même des accouchements qui donnent des délabrements. Après, en fait, selon le profil, je... on essaie de voir en fait, s'il n'y a pas plutôt... je dirais un revirement psychologique entre la femme qui devient mère. Après, disons comme ça (soupir), à brûle pour point, je n'ai pas de... je n'ai pas de ligne directrice, tout est fait toujours... en fonction de comment c'est posé et en fonction du profil de la personne que j'ai en

face de moi. Et puis aussi en fonction de l'histoire que je peux éventuellement connaître de leur relation, de leur couple et autre...

C : d'accord ; quand vous connaissez bien la patiente, c'est plus facile ?

M 12 : Ah oui, ça c'est certain.

C : Ok, ces patientes qui vous parlent de sexualité en post-partum, ont-elles un profil particulier ?

M 12 : Ben en règle générale, je dirai qu'au niveau social, c'est plutôt des gens que, je dirai dans la classe moyenne ou aisée et c'est rarement je dirai, la classe ouvrière ou autres...

C : D'accord. Est-ce que vous pensez que le médecin généraliste est amène de traiter de ces sujets-là ?

M 12 : Bah, disons, en fait, à part le gynécologue, on est souvent le premier recours parce que l'on est disponible, etc. parce que l'on est à l'écoute et puis en fait... on s'occupe un petit peu de tout. Après, aussi, si le problème est complexe, c'est sûr que l'on peut éventuellement diriger vers un confrère spécialiste ou... sinon, enfin... par exemple les recours au sexologue, c'est rare.

C : D'accord.

M 12 : A mon niveau.

C : ça vous est déjà arrivé ?

M 12 : Une fois... et ça n'a pas été couronné de succès ! (rire)

C : et aux psychologues, vous en dirigez des patientes ?

M 12 : Euh... pour ce genre de problème-là... pas en première intention. Ça arrive surtout quand il y a des problèmes de libido mais qui n'a pas d'explication anatomique ou physiologique, non chirurgicale. Et surtout quand on sent... enfin, quand on sent qu'il y a une tension avec le partenaire ou autre.

C : Le conjoint est-il souvent présent pour parler de sexualité du post-partum ?

M 12 : Euh en général, quand la femme parle de ça, elle est seule. Euh... après c'est sûr que si on peut... choper le mari ou le compagnon, partenaire, on peut éventuellement avoir des questions un petit peu orientés mais... à ce niveau-là les hommes sont beaucoup plus pudibonds ; en général, ils n'évoquent rien.

C : Ok, et le fait d'être un homme médecin, est-ce un frein pour ce genre de discussion ?

M 12 : Ben... moi, je n'ai pas l'impression. Après, en fait, c'est sûr que maintenant, l'âge avançant, j'ai peut-être plus l'image d'un sage que d'un jeune donc (rire) ça aide peut-être parce qu'en fait, à ce niveau-là, je pense que ça peut désexuer la relation.

C : Ok ; pour vous, quel est l'intérêt d'aborder le sujet avec les patientes ?

M 12 : Ben, disons que...euh...l'intérêt pour... enfin, si on peut l'aborder et puis euh...en fait, essayer de résoudre leurs problèmes, ça peut permettre justement d'avoir une vie un peu plus épanouie parce que je suis de ceux qui pense que si on a une sexualité épanouie, ça rend quand même beaucoup de services dans le vie de tous les jours. Voilà.

C : Bien. Faites-vous du suivi de grossesse ?

M 12 : Oui. Alors, on en faisait énormément, on en faisait beaucoup moins et tout d'un coup, ben, on est redevenu intéressant (rire).

C : d'accord. Au niveau de votre formation, la sexualité du post-partum est évoquée ?

M 12 : Ben...en fait... les cours de sexologie, c'était vraiment très restreint. En sixième année, je crois qu'il y avait trois heures consacrées à ça. Donc, à mon époque... donc moi, j'ai fait mes études entre 75 et 82, c'était les balbutiements.

C : Vous êtes installé depuis combien de temps ?

M 12 : 83 donc ça va faire si je compte bien 35 ans bientôt.

C : D'accord. D'une manière générale, avez-vous eu des formations particulières comme les DU ou les DESC ?

M 12 : Non.

C : Ok, on a fait le tour... Si vous ne posez pas spontanément la question aux patientes, c'est parce que vous n'y pensez pas, par manque de temps ?

M 12 : Non, c'est pas parce que je n'y pense pas, c'est parce que... moi, j'estime que l'on est peut-être confident, etc. et après il faut faire attention à l'indiscrétion. Entre être un confident, un conseillé et un thérapeute, je pense que ça ceux sont des sujets délicats. Par exemple, bon, là, j'ai posé la question concernant les interviews à quatre femmes et j'ai l'impression qu'il n'y en a aucune qui a mordu à l'hameçon ; pourtant dans les quatre femmes, il y avait une aide-soignante et une infirmière... donc j'ai demandé : « est-ce que vous voulez participer à une thèse ? » Donc, il y en a une que j'ai revu qui a dit non, donc j'ai laissé tomber. L'autre, je ne l'ai pas encore revu. Et d'autre...enfin, je t'en avais parlé quand on s'était vu, que j'avais eu des râteaux (rire).

C : C'est un sujet tabou ?

M 12 : Disons qu'il y en a encore beaucoup de tabous donc à ce niveau-là... et je pense qu'après...euh... au niveau de la sexualité, il y a beaucoup de gens qui ne savent pas s'ils sont vraiment normaux (rire).

C : Quand on en parle, on ne sait pas bien où on se situe ?

M 12 : Oui, c'est ça. Soit on l'accepte ou on vit avec...enfin on l'accepte comme une fatalité et on vit avec ou alors, je sais pas... c'est... voilà, encore maintenant, beaucoup de gens sont encore très réservés sur ce sujet-là.

C : Ok, et bien très bien.

M 12 : Bon après, il y a peut-être un ... bon si par exemple... il y a des femmes qui font un épisode dépressif où... je ne dirai pas dans les suites immédiatement d'une grossesse mais euh... tous les quelques mois qui... qui suivent...là, à ce moment-là, on peut directement les interroger pour savoir à quel niveau elles en sont, si la sexualité va bien ou pas mais c'est plus un... après une orientation pour voir si... de quelle origine vient le mal. Mais si elles sont dépressives, c'est pas parce qu'elles ont des soucis de sexualités, c'est plutôt l'inverse.

C : Ok. Vous-même, vous avez des enfants ?

M 12 : J'en ai trois, je suis déjà sept fois grand-père. Pour l'instant, enfin, je touche du bois, dans leur couple...ça va. J'ai notamment une fille avec qui j'ai d'excellente relation, où je suis assez en confiance pour qu'elle fasse ses confidences et puis pour elle tout va bien. Tandis que mes belles-filles, bon (rire)... j'espère qu'elles vont bien ! (rire) Justement, pour la règle, je dirais, de respect des personnes et de l'intimité... Voilà.

C : Ok.

Médecin n°13

Chercheur : Voilà, ma thèse porte sur la sexualité du post-partum et la question générale c'est : « comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité du post-partum avec leurs patientes ? » donc je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé de traiter ce sujet ?

Médecin 13 : En post-partum juste, non.

C : Et dans les quelques mois qui suivent ?

M 13 : Euh ouais, c'est déjà arrivé. Mais pas vraiment à distance de l'accouchement.

C : D'accord, et ce moment-là, quelles sont leurs questions ?

M 13 : C'est plutôt des peurs par rapport à la reprise d'une activité sexuelle...euh...des douleurs... une appréhension plutôt.

C : D'accord.

M 13 : C'est ça.

C : Et à ce moment-là, quelle est votre attitude ?

M 13 : Bah... leur expliquer, ben que tout est revenu comme...comme avant et...et... qu'il n'y aura pas de... de douleur, enfin...(rire) pas de chose particulière en fait.

C : Des propos plutôt rassurants ?

M 13 : Oui, plutôt rassurants. Elles ont surtout... plutôt besoin d'être rassurées. Voilà, c'est ça.

C : D'accord. Ce sont des conversations où vous vous sentez à l'aise ou est-ce compliqué ?

M 13 : Non, je suis assez à l'aise avec ça, donc non... Comme je fais de la gynéco à côté, du coup, la sexualité avec les femmes, euh...c'est...ça va, ça se passe plutôt bien, c'est à l'aise. Avec les hommes, un peu moins mais...

C : Est-ce qu'il vous arrive de voir les conjoints également, pour des problèmes de sexualité du post-partum ?

M 13 : Non, pas du tout, pas du tout.

C : Ok. Du coup, vous faites du suivi de grossesse également ?

M 13 : Ouais.

C : Est-ce que le fait d'être une femme médecin, pour vous, est-ce un avantage pour évoquer ces problèmes là ?

M 13 : Oui, je pense. Ouais, je pense que c'est plus facile à aborder avec les femmes.

C : Elles se livrent plus facilement ?

M 13 : Ouais.

C : Ok. Les femmes qui vous en parlent, ont-elles un profil particulier ?

M 13 : Plutôt...euh... un niveau socioprofessionnel...euh... plus bas en fait et...euh... c'est plus ouvrier ou sans emploi que...que cadre ou...

C : D'accord. Et à quelle occasion, ces femmes abordent-elles la sexualité du post-partum ?

M 13 : Euh... en général, c'est plus... elles viennent avec leur enfant et à ce moment-là, elles posent leurs questions.

C : Au décours de la conversation ?

M 13 : Voilà, c'est ça.

C : Ok, vous ne parlez pas de la sexualité spontanément lors d'une consultation ?

M 13 : Non, pas spontanément.

C : Il faut que ce soit la patiente qui pose la question ?

M 13 : Ouais.

C : Vous ne le faites pas par manque de temps, Ou parce que vous n'y pensez pas ? Vous n'en voyez pas l'intérêt ?

M 13 : Je n'y pense pas...euh...forcément parce que...elles ne viennent pas forcément en consultation pour elles, elles viennent plus pour la consultation de l'enfant et, bon ben...dans cette consultation, elles posent quelques questions pour elles. Mais... au départ, c'est la consultation de l'enfant qui prend déjà du temps donc...voilà.

C : D'accord. Et pour vous, quel serait l'intérêt de poser la question à ces patientes ?

M 13 : L'intérêt ... si, peut-être les rassurer plus vite, voilà, qu'elles se posent moins de questions, moins d'appréhension, de peur.

C : D'accord. Vous pensez que c'est le rôle du médecin généraliste de parler de sexualité ? ou un autre intervenant serait plus compétant ?

M 13 : Le généraliste, la sage-femme, enfin...le gynécologue, elles le revoient... elles le revoient quand même un peu plus tard. Peu importe, un des trois.

C : D'accord. En général, elles revoient qui comme professionnel de santé ?

M 13 : Bah, le généraliste, elles le revoient en premier avec l'enfant et après pour elles, c'est le gynécologue en premier...pour la consultation après accouchement, quoi.

C : D'accord ; est-ce qu'il vous arrive de diriger les patientes vers d'autres spécialiste comme les psychologues ou sexologues ?

M 13 : En post-partum ?

C : Oui.

M 13 : Euh...oui, c'est...ça m'est arrivé une fois...vers le psychologue.

C : D'accord, parce que vous n'arriviez pas à régler le problème... ?

M 13 : Mais pas... pas par rapport à la sexualité, plus pour la dépression post-partum, autre chose.

C : Ok. Au niveau de votre formation, est-ce que vous avez été sensibilisée sur la sexualité du post-partum ?

M 13 : Pas du tout.

C : Avez-vous fait des DU ou des DESC en plus ?

M 13 : Euh, j'ai un DU mais d'allaitement, pas de...

C : D'allaitement ? Et de gynécologie ?

M 13 : Non, c'est juste une pratique.

C : D'accord. Depuis combien de temps exercez-vous ?

M 13 : Euh... je suis installée depuis trois ans et ...euh... j'ai fini l'internat il y a ...ça va faire sept ans. Ouais.

C : D'accord. Je pense que l'on a fait le tour de la question.

Médecin n°14

Chercheur : Ok, ma thèse porte sur la question : comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum ? donc je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé d'être confronté à ce cas-là ?

M14 : Oui, c'est fréquent.

C : C'est fréquent ?

M14 : Hum hum, souvent oui.

C : Et souvent c'est la patiente qui aborde le sujet ?

M14 : Oui.

C : la plupart du temps ?

M14 : Oui, c'est souvent la patiente qui l'aborde au même moment que la reprise de la contraception en post-partum ; c'est souvent le même... c'est souvent une peur de la sexualité du post-partum ou beaucoup de questions sur la contraception donc oui, c'est à ce moment-là que l'on l'aborde.

C : Une peur de retomber enceinte ?

M14 : Alors, peur de retomber enceinte, peur des douleurs.

C : Le motif le plus fréquent, c'est la contraception ?

M14 : C'est la contraception et c'est aussi...alors les dames qui ont des rapports en post-partum, certaines se plaignent de douleurs, ou alors de baisse de libido n post-partum.

C : D'accord ; c'est combien de temps après l'accouchement que vous les voyez ?

M14 : Oh, c'est dans le mois qui suit. Alors souvent elles l'abordent en fin de consultation, quand lors de la visite du premier mois du bébé, elles parlent de ça « au fait, j'ai eu des rapports, j'ai eu mal » ou alors « quand est-ce que je peux avoir des rapports ? »

C : D'accord, et à ce moment-là, vous avez vu les conjoints ? ils vous en parlent ?

M14 : Non, c'est pas souvent. C'est les dames toutes seules. Les conjoints sont rarement là.

C : D'accord. Et ces dames qui vous parlent de sexualité, elles ont un profil particulier ?

M14 : Euh non. Non, il n'y a pas de profil particulier.

C : Vous faites du suivi de grossesse ?

M14 : Oui ; Jusqu'au 6^{ème} mois.

C : Après c'est le gynéco qui... ?

M14 : Après, c'est le gynéco... oui, l'obstétricien qui suit.

C : D'accord ; est-ce que le fait d'être une femme médecin, c'est pour vous un avantage de parler sexualité ?

M14 : Peut-être pour certaines, oui. Pour d'autres, je ne sais pas mais oui, ça peut être un avantage. Femme médecin ; femme qui a eu pas mal d'enfant, ça aussi, ça peut être un avantage certain. Oui.

C : D'accord. Ces dames qui vous parlent de sexualité, ce sont des dames que vous suivez depuis longtemps ?

M14 : Oui.

C : Généralement ?

M14 : Généralement, oui. Dont certaines que j'ai vu tout bébé qui maintenant sont mamans ; donc oui.

C : Est-ce qu'il vous arrive de diriger ces dames vers des psychologues ou des sexologues ?

M14 : Euh... Oh, il y en a une que j'ai dirigé vers un psychologue mais ce n'était pas simplement un problème de sexualité, c'était un problème autre ; il y avait une dépression en plus du post-partum qui avait un suivi intensif mais non, souvent ça se règle en discutant, en expliquant les choses. Bon, il y a quand même des petits traitements qui existent maintenant parce que souvent c'est des problèmes mécaniques plus que psychologiques.

C : ça vous arrive souvent de prescrire un médicament ?

M14 : Oui, ça peut arriver. C'est assez fréquent.

C : Et les sexologues ?

M14 : Jamais, non.

C : Ok, quel avis avez-vous du travail des sages-femmes ?

M14 : C'est-à-dire pour le post-partum ?

C : pour le post-partum.

M14 : Bon, les sages-femmes font plus de suivi de grossesse. En post-partum, je ne suis pas sûre qu'elles voient les patientes en post-partum. Peut-être, certaines. Bon, maintenant, je trouve ça très bien, le suivi des grossesses par les sages-femmes, je trouve ça bien ; même les accouchements par les sages-femmes, je trouve ça bien, je trouve ça très bien.

C : et selon vous, quels seraient l'intérêt systématiquement le sujet avec les femmes qui ont accouché ?

M14 : Moi, je vais dire qu'il est abordé quasiment systématiquement donc... autant avant, c'était un sujet qui était peut-être tabou il y a 10-15 ans, autant maintenant les femmes parlent facilement de leur sexualité. Elles demandent à partir de quand elles peuvent avoir des rapports, est-ce qu'il y a une date à respecter, est-ce qu'il y a ceci, est-ce que cela... Non, elles parlent facilement.

C : D'accord ; au niveau de votre formation, est-ce que vous avez été sensibilisée sur la question ?

M14 : sur ?

C : sur la sexualité du post-partum.

M14 : sensibilisée ? Bah non, je pense que c'est le fait d'être installée depuis 20 ans, c'est... j'ai été FFI en gynéco donc... et puis après l'expérience ; les femmes qui en parlent...

C : D'un point de vu général, avez-vous une autre formation en médecine ?

M14 : Moi, je suis médecin du sport, j'ai une formation en infectiologie mais bon, je n'ai pas de formation particulière... si, j'ai fait des formations pour apprendre à apprendre à faire des frottis, c'est tout.

C : ça fait combien de temps que vous exercez ?

M14 : Que je suis installée ici ? ça fait... ça fera 20 ans en fin d'année. Après ça fait un peu plus... J'étais remplaçante avant.

C : D'accord. Et qu'est-ce qui pourrait améliorer la prise en charge des difficultés sexuelles ?

M14 : La prise en... Moi, je n'ai pas eu de difficultés pour la prise en charge donc... peut-être qu'il faut poser la question aux personnes qui ont peur de l'aborder. Parce que c'est une relation de confiance médecin-patient, elles en parlent ouvertement. Aussi bien les hommes en parlent dans d'autres circonstances lorsqu'ils ont des problèmes de sexualité, donc...

C : Ok. Ça sera tout.

Médecin n°15

Chercheur : Ma thèse porte sur le représentation de la sexualité du post-partum avec les médecins généralistes avec la question : « Comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patientes en post-partum ? »

Médecin 15 : Mmmhmmh.

C : Donc je voulais savoir si ça vous est déjà arrivé de traiter ce sujet avec des patientes?

M 15 : Rarement ; c'est très très rare parce que généralement, je pense que pour tout ce qui sexualité et surtout du post-partum, elles en parlent à la visite de réévaluation à six ou huit semaines par les gynécos. Moi-même en étant une femme, c'est très très rare.

C : D'accord. Est-ce qu'il y a des questions qui reviennent pour autant ?

M 15 : Non...euh... Non, non. Généralement, c'est peut-être les douleurs liées à l'épisiotomie mais c'est tout. Sinon, je n'ai rien d'autre...

C : Elles n'ont pas d'interrogation sur le durée... quand reprendre les rapports, ce genre de chose ?

M 15 : Non. Non, non.

C : ok, est-ce qu'il vous arrive de recevoir également le conjoint qui se pose des questions ?

M 15 : C'est rare. Non, moi, jamais en fait.

C : D'accord. Donc le fait d'être une femme, pour vous, ce n'est pas forcément un avantage ?

M 15 : Bah, je pense que je ... c'est plus facilement abordé avec moi qu'avec mes collègues masculins mais pour autant, je pense que... c'est plus réservé au cadre de ... des gynécos purs ou des sages-femmes.

C : Et au-delà des deux mois, est-ce qu'elles reviennent pour d'autres soucis ?

M 15 : Bah, après...euh...moi, je les vois généralement parce que je suis les bébés après. C'est l'occasion parfois d'échanger. Mais donc, oui, je les revois ; après pour elles, pas forcément. Mais c'est plutôt avec les bébés où là éventuellement elles peuvent me demander : « est-ce que c'est normal que j'ai mal à la cicatrice ? » ou des choses comme ça.

C : Elles vous posent des questions à ce moment-là ?

M 15 : Bah, concernant la sexualité purement... c'est très très rare.

C : C'est plus des problèmes anatomiques ?

M 15 : Ouais. Surtout pour ça.

C : D'accord. Généralement, elles se font suivre par les sages-femmes ou les gynécos ?

M 15 : Bah là, la balance s'inverse un petit peu parce que les gynécos ils sont ultra pris et que s'il n'y a pas de pathologie entre guillemets, ça reste... il y en a beaucoup qui dévient vers les sages-femmes.

C : D'accord. D'après vous, est-ce que le médecin généraliste est le mieux placé pour parler de ces choses-là ?

M 15 : Bah tout dépend des rapports que la patiente a avec son médecin généraliste, je pense. Euh...Moi, ce n'est pas trop dur parce que je suis une femme (toussotement), parce que je fais un peu de gynéco, donc ça du coup, je leur parle de contraception généralement après l'accouchement et c'est à ce moment-là où ça peut... ça peut engendrer des questions sur la sexualité, tout en sachant que c'est rare. Mais sinon, je pense que c'est dur pour le médecin généraliste.

C : D'accord. Si une femme rentre dans votre cabinet et se plaint de douleurs, quels sont vos conseils ?

M 15 : Bah soit...euh... soit elle vient pour ça, dans ce cas-là je vais l'examiner. Je vais l'examiner, voir s'il y a un problème qui pourrait expliquer qu'il y a des douleurs, est-ce qu'il y a un problème de cicatrisation...enfin, je vais déjà voir si...s'il y a une origine à...à ces douleurs et après...les conseils, ça peut être de...bah de prendre son temps si...si elle estime que c'est trop tôt, est-ce qu'elle a peur, est-ce qu'elle a franchement mal, de vraiment préciser le problème...pour l'aider.

C : Ok ; et quel serait l'intérêt d'aborder le sujet de manière plus systématique avec les patientes ?

M 15 : Je ne sais pas. L'intérêt...euh...je ne sais pas. Parce que, moi-même ayant accouché, c'est surtout entre copines qu'on en parle. On se dit : » Toi, combien de temps tu as repris après l'accouchement ? Est-ce que ça fait mal ? » On en parle plus entre copines que... qu'en milieu médical, je pense. Donc l'intérêt d'en parler systématiquement, je ne sais pas. Je ne sais pas. Je sais que pour mon propre accouchement, j'en ai parlé avec les copines et c'est la sage-femme, en rééducation périnéale qui...qui a abordé le sujet.

C : D'accord. Et est-ce qu'il vous est déjà arrivé de diriger des patientes vers un sexologue ou un psychologue ?

M 15 : Non. En post-partum, jamais. Non, non, non. Je pense qu'en post-partum immédiat, c'est un peu trop tôt pour voir si les troubles de la sexualité, ils se pérennisent à six mois, un an après l'accouchement mais en post-partum immédiat, ça me paraît un peu tôt.

C : Ce n'est pas le problème principal ?

M 15 : Bah, ce n'est pas que ce n'est pas le problème, c'est qu'il y a quand même eu un traumatisme, mais presque. Sortir trois à quatre kilos, ce n'est pas rien pour le périnée et aussi pour l'image que l'on s'en fait après mais... c'est pour ça, je pense qu'il faut se laisser un peu de temps avant de se dire qu'il y a un problème.

C : Ok. Au niveau de la formation, est-ce que vous avez été sensibilisé au sujet de la sexualité du post-partum ?

M 15 : Pas du tout. Pas du tout, j'ai fait le DU gynéco et on n'en parle pas du tout, non plus.

C : Avez-vous d'autre DU, également dans d'autre domaine ?

M 15 : Non ; là j'ai juste commencé mais je ne l'ai pas encore fait : IVG, mais en DU gynéco, on n'en parle pas.

C : Ok. Les quelques patientes qui ont évoqué le sujet avec vous, avaient-elles un profil particulier ?

M 15 : Non, ce sont des patientes avec qui ça se passe très bien et que je suis en gynéco, donc elles savaient qu'elles pouvaient m'en parler mais non, pas de profil particulier, généralement c'était... c'était une peur vis-à-vis de la cicatrice et il suffisait de masser la cicatrice d'épisisio et puis ça repartait après. Enfin, il y avait quelque chose d'organique en dessous, quoi.

C : D'accord. Vous exercez depuis combien de temps ?

M 15 : Un an et demi.

C : Ce sera tout.

M 15 : Très bien.

AUTEUR : Nom : LEMESRE

Prénom : VIVIEN

Date de Soutenance : 19/09/2018

Titre de la Thèse : Prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum auprès du médecin généraliste, sur le littoral Nord et Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : sexualité ; post-partum ; suite de couche ; médecin généraliste

Résumé :

Contexte : La grossesse et l'accouchement sont des événements très importants dans la vie d'une femme et bien qu'il ne s'agisse pas d'une pathologie, ceci amène quelques désagréments dans la vie sexuelle. Les médecins généralistes sont donc amenés à prendre en charge des dysfonctions sexuelles du post-partum ou tout simplement à répondre aux interrogations de leurs patientes.

Méthode : J'ai réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes du littoral entre Dunkerque et Calais par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés. La prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum était alors abordée.

Résultats : Au total, 15 médecins généralistes ont répondu à mes questions lors des entretiens semi-dirigés. L'étude a mis en évidence des disparités dans la prise en charge des troubles de la sexualité à la suite d'un accouchement. Le plus souvent, la sexualité était abordée en premier par la patiente mais rarement spontanément par les médecins généralistes. La reprise d'une contraception est un bon motif pour aborder le sujet de la sexualité et la reprise des rapports. Les médecins généralistes justifient leur absence d'initiative par un manque de formation en ce domaine ainsi que d'une crainte de s'immiscer de manière excessive dans la vie intime de la patiente. Le médecin généraliste reste selon eux un bon interlocuteur pour les troubles de la sexualité mais admettent que le recours aux consultations d'une sage-femme est une bonne alternative. L'orientation auprès d'un sexologue est chose assez rare ; bien souvent, le simple fait d'évoquer des troubles éventuels de la sexualité suffit à rassurer les patientes. Cependant, une minorité de médecins généralistes n'abordent jamais et évitent tant que possible le sujet.

Conclusion : Les médecins généralistes abordent peu la sexualité du post-partum ; le sujet est évoqué lorsque les patientes posent directement des questions. Cependant, le médecin généraliste reste un bon interlocuteur, disponible pour répondre aux interrogations concernant la sexualité du post-partum.

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre THOMAS

Assesseurs : Pr Jean-Marc LEFEBVRE, Pr Sophie CATTEAU JONARD,