

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

ANNEE 2012

MEMOIRE N°

VOIR OU NE PAS VOIR L'EXPULSION ET SES CONSEQUENCES SUR
LE DESIR DU CONJOINT A LA REPRISE D'UNE ACTIVITE SEXUELLE

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

présenté et soutenu publiquement

le 14 mai 2012

par

Flavie BIRE

née le 16 décembre 1988, à Châteauroux

Mme TERNISIEN D'OUVILLE.....Directrice du mémoire
Mme FAURY.....Guidant du mémoire

REMERCIEMENTS

A Madame Ternisien d'Ouille d'avoir accepté de diriger ce mémoire et de m'avoir consacré du temps pour me guider et me soutenir.

A Madame Faury pour son aide, sa disponibilité et son soutien à chaque entretien.

A Maryvonne pour avoir pris de son temps pour la distribution de mon questionnaire.

A mes proches qui m'ont suivie pas à pas lors de la réalisation de ce mémoire et tout particulièrement à ma mère pour ses relectures et ses remarques.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

CONCEPTS THEORIQUES

1. EVOLUTION DE LA PLACE DU PERE DANS L'HISTOIRE
 - 1.1 A l'Antiquité romaine
 - 1.2 Au Moyen-âge
 - 1.3 De la Renaissance jusqu'au siècle des Lumières
 - 1.4 De la Révolution jusqu'au XXème siècle
 - 1.5 Dans la période contemporaine
2. PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES
 - 2.1 Le père réel
 - 2.2 Le père symbolique
 - 2.3 Le père imaginaire
 - 2.4 Le processus de paternalisation
 - 2.5 Le syndrome de couvade
3. ENJEUX DE LA PRESENCE DU PERE EN SALLE DE NAISSANCES
 - 3.1 A l'accouchement
 - 3.2 A l'expulsion
4. LA SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM
 - 4.1 Physiologie de la sexualité chez l'homme
 - 4.2 La sexualité pendant la grossesse
 - 4.3 La sexualité en post-partum

PRESENTATION DE L'ETUDE

1. PROBLEMATIQUE
2. OBJECTIFS ET HYPOTHESES

- 2.1 Objectifs
- 2.2 Hypothèses
- 3. SCHEMA D'ETUDE
 - 3.1 Type d'étude
 - 3.2 Population étudiée
 - 3.3 Méthodologie
- 4. DONNEES A COLLECTER
- 5. METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS

ANALYSE ET DISCUSSION

- 1. DESCRIPTION DE LA POPULATION
 - 1.1 Age de la population
 - 1.2 Nationalité
 - 1.3 Catégorie socio-professionnelle
 - 1.4 Nombre d'enfants chez le conjoint et présence à l'accouchement
 - 1.5 L'anesthésie péridurale pendant l'accouchement
 - 1.6 Le mode d'accouchement
 - 1.7 Recours à l'épisiotomie
- 2. SITUATION DU CONJOINT PENDANT L'ACCOUCHEMENT
 - 2.1 Présence du conjoint pendant l'accouchement
 - 2.2 Place du conjoint pendant l'expulsion
 - 2.3 Image déplaisante lors de l'expulsion
- 3. DESIR DE REPENDRE UNE ACTIVITE SEXUELLE
 - 3.1 Expulsion et désir
 - 3.2 Place du conjoint pendant l'expulsion et désir sexuel
 - 3.3 Episiotomie et désir sexuel
 - 3.4 Temps envisagé par le conjoint pour la reprise des rapports sexuels
 - 3.5 Connaissance des hommes sur les possibles modifications après l'accouchement
- 4. VALIDITE DE LA RECHERCHE

4.1 Les points faibles

4.2 Les points forts

5. DISCUSSION

CONCLUSION

ANNEXES

REFERENCES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

Les pères d'aujourd'hui assistent à l'accouchement à la demande de leur compagne ou alors de leur propre désir. D'après l'étude effectuée au CHRU de Limoges en 2003, sur 111 pères, 106 ont exprimé le désir d'assister à l'accouchement, ceci pour aider leur femme, partager un moment important avec elle, être auprès du bébé dès ses premiers instants (1).

Plusieurs psychologues affirment que la présence d'une personne réconfortante de son entourage permet de rassurer la parturiente face à un lieu inconnu, au personnel médical « étranger » (2) et face à un tel évènement.

Cependant sur les terrains de stage, j'ai souvent observé que le père se sent gêné pendant le travail. Il se met à l'écart, ne sait pas où s'installer pour laisser l'espace libre au personnel médical. Il redoute d'être confronté à la douleur devant laquelle il se sent impuissant et démuni. Face à cette situation, son comportement peut être interprété comme agressif. Pour d'autres, ils manifestent leur angoisse par une envie de tout contrôler.

De plus, pendant le travail et l'accouchement, l'exposition du corps sexué et dénudé de leur femme peut réactiver d'éventuelles problématiques et laisser des traumatismes au sein du couple. Ces traumatismes d'ordre sexuel ou relationnel peuvent être retrouvés en post- partum.

Pour éviter ces traumatismes, se pose la question de la place du père. Dans un premier temps, nous allons donc définir sa place au sein de la famille de l'antiquité romaine jusqu'à nos jours et étudier les processus psychiques qui s'établissent au cours de la grossesse jusqu'à la naissance. Puis nous allons décrire la sexualité masculine pendant la grossesse et le post-partum.

Dans un second temps, nous allons exposer l'étude réalisée à l'HME de Limoges pour voir si la vue de l'expulsion par le conjoint a un impact sur la reprise des rapports sexuels en post-partum.

CONCEPTS THEORIQUES

1. EVOLUTION DE LA PLACE DU PERE DANS L'HISTOIRE (3)

Les historiens, sociologues et psychologues de notre société sont en accord pour dire qu'il y a eu, au fil du temps, une évolution de l'image sociale du père.

1.1 A l'Antiquité romaine

Le père à cette époque incarne la domination et la puissance. Il a le droit de vie ou de mort sur ses enfants. C'est le pater familias : « il a pour mission de sauvegarder l'entretien du culte ancestral et d'en transmettre le savoir à son fils ».

Sous l'Empire romain, la filiation biologique n'a aucun sens. Seule la volonté de reconnaissance est prise en compte. A la naissance, le père doit faire le geste de soulever son enfant pour instituer sa reconnaissance.

Ainsi donc, « le fondement juridique de la paternité réside dans la volonté d'un homme de se constituer père ». Cette volonté est indépendante de ses idées religieuses, politiques ou économiques.

1.2 Au Moyen-âge

Au Moyen-âge, l'église est très présente. De ce fait, l'homme prend sa place de père lorsqu'il se marie avec la femme. Pour prouver que c'est bien lui le géniteur, les époux sont tenus de n'avoir des relations sexuelles qu'après le mariage. Il s'établit alors une présomption de paternité.

Pendant le travail et l'accouchement, les hommes sont écartés de la pièce. Ils étaient exclus en raison de la morale chrétienne, qui méprisait les organes sexuels. Il en était ainsi pour les pères mais aussi pour les hommes médecins. Seules les matrones s'occupaient des futures mères.

Néanmoins, ils s'intéressaient au bien-être de leur femme. En effet, les pères avaient comme devoir de surveiller les femmes pendant la grossesse puisque celles-ci étaient considérées comme des êtres faibles. Pour cela, les matrones leurs transmettaient des conseils et intervenaient dès que le père demandait leur aide pour gérer la douleur. (4)

1.3 De la Renaissance jusqu'au siècle des Lumières

Durant cette période humaniste, la reconnaissance dans la filiation de paternité reste identique à celle du Moyen-âge.

Seule différence, le père souhaite une bonne éducation pour ses enfants. Pour cela, il emploie la famille comme modèle. On observe alors un rapprochement entre père et enfant, les liens acquièrent une dimension affective.

Du XVIe au XVIIIe siècle, l'autorité paternelle est toute puissante et a pour vocation « d'assurer la vie et l'éducation de l'enfant, de maintenir l'unité familiale ». Il a pour mission d'assurer sa descendance.

Lors de l'accouchement, le père est absent en raison d'une grande pudeur vis à vis des corps sexués différents.

1.4 De la Révolution jusqu'au XXème siècle

A partir de la Révolution, il y a une baisse de la puissance paternelle avec l'apparition du mariage civil. Avec ce nouveau lien familial créé par l'état, le père partage avec sa femme la responsabilité dans l'éducation des enfants.

Depuis 1883, Jules Ferry a rendu l'école publique obligatoire ce qui a changé les rapports institués entre père et enfants. L'enfant s'individualise avec le savoir. Le père a un rôle moins important dans l'apprentissage du savoir mais est toujours présent dans l'éducation de ses enfants.

Dans le même temps, les hommes médecins vont progressivement être acceptés pour participer à l'accouchement en apportant leur savoir.

1.5 Dans la période contemporaine

A partir des années 80, les pères sont de plus en plus présents en salles de naissances. Ceci est dû à plusieurs phénomènes :

- Tout d'abord, l'évolution de la société amène les femmes à la professionnalisation. De ce fait, découle le partage des tâches au sein du travail mais aussi au sein de la famille. Il y a redistribution de la symbolique des rôles.

- On note une modification du droit de la famille : l'autorité paternelle est devenue l'autorité parentale. La loi n° 70-459, titre IX, article 372 du 4 juin 1970 du livre I du code civil, précise que « l'autorité parentale est exercée en commun par les deux parents ». Aujourd'hui, l'enfant est généralement conçu lorsque les deux parents ont le même projet commun : celui d'avoir un enfant. Dans ce cadre, l'autorité se fait à deux.
- De plus, à partir des années 60, les accouchements commencent à être pratiqués à l'hôpital. L'accouchement devenant médicalisé, le père peut être incité à s'impliquer davantage pour soutenir la femme pendant le travail. Sa présence permet de la rassurer face au stress d'un lieu inconnu. Cette idée est majorée par les médias, qui idéalisent l'image d'un père parfait du fait, entre autres, de sa présence pendant l'accouchement. A l'inverse, cet événement intime peut aussi être vécu comme une dépossession pour l'homme comme pour la femme.

L'évolution de la société amène ces « nouveaux pères » à être présents auprès de leur femme pendant la grossesse mais aussi pendant le travail. « On a remplacé l'exclusion du père par celle de son intégration à l'accouchement avec presque autant de rigidité. Dans certains services, cela va tellement de soi, qu'un père qui souhaiterait ne pas y assister, est presque considéré implicitement comme un mauvais compagnon et un futur mauvais père » (5).

2. PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES

D'après Bernard THIS (6), la paternité est définie par un ensemble de processus psychiques qui regroupent trois définitions du mot « père ».

Il y a :

- le père réel : c'est celui qui doit subvenir aux besoins primordiaux
- le père symbolique : c'est celui qui permet la survie de l'espèce en instituant une loi fondamentale : l'interdit de l'inceste
- le père imaginaire : c'est le père idéal auquel on veut ressembler.

2.1 Le père réel

Pour devenir père, il faut que précocement le désir d'enfant soit élaboré. Selon la psychanalyse, le désir d'enfant a une part d'ambivalence. Il existe un conflit entre la volonté consciente et la volonté inconsciente.

Dans l'inconscient, il y a trois explications dans l'origine du désir d'enfant :

- un besoin de transmettre ses gènes pour contribuer à la survie et la reproduction de l'espèce
- un besoin de constituer une famille pour réunir deux parcours différents (histoire, modèle, valeurs...)
- une problématique oedipienne qui rencontrée dans l'enfance va permettre à l'homme de ressentir ce désir d'enfant dès son plus jeune âge. Ce désir deviendra réalisable à l'âge adulte.

Le complexe d'Oedipe est constitué d'un ensemble de conflits entre désir amoureux et désir de haine. Sous forme positive, le désir amoureux est destiné au parent du sexe opposé et le désir de haine envers le parent du même sexe. Sous la forme négative ce processus est inversé (7).

Le complexe d'Oedipe a un rôle dans la création de la personnalité. Pour Freud, il va permettre de qualifier le père comme père symbolique lors du désir d'enfant.

2.2 Le père symbolique (7)

Le père symbolique est celui qui va intervenir dans le lien qui existe entre la mère et son enfant dès la naissance. On le retrouve par exemple dans le geste de couper le cordon ombilical à la naissance. Il instaure de façon symbolique une relation à trois en séparant la dyade mère-enfant. Il va rompre cette symbiose qui s'est instaurée entre la mère et son enfant tout au long de la grossesse.

Ce père va instaurer des règles, des lois, à partir desquelles va s'établir la personnalité de l'enfant. Il va lui apprendre inconsciemment les interdits tels que ceux de l'inceste. Pour que cette place de père symbolique soit instaurée, il faut que la mère lui laisse l'espace pour exercer ses lois.

Dans notre société, cette place symbolique du père est retrouvée dans la donation du nom. De cette généalogie, il lui transmet inconsciemment son histoire.

2.3 Le père imaginaire

A partir de ses fantasmes, l'homme va s'imaginer dès le début de la grossesse, être père. Il aura pour fonctions d'élever, d'éduquer et de prendre soin de son enfant.

Dans l'optique d'être un père parfait, il s' imagine instaurer les principes d'éducation qu'il a toujours envisagés pour ses enfants futurs.

L'image de son propre père joue un rôle important dans ce processus psychique. En se projetant, l'homme va s'identifier à son propre père en excluant tous ses défauts.

A partir de la naissance, ce père imaginaire est remplacé par le père réel. Dans la pratique, les principes d'éducation qu'il considérait parfaits vont être modelés en fonction du contexte et de la personnalité de l'enfant.

2.4 Le processus de paternalisation (8)

Il commence dès l'annonce de la grossesse. La femme prend conscience de son enfant car elle le ressent dans son corps. L'homme doit l'imaginer, le concevoir par la pensée. L'enfant imaginaire va être défini comme étant un être idéal, parfait.

Au premier trimestre, cette idéalisation de l'enfant va disparaître. Ceci est dû au rapprochement qui a lieu entre l'homme et la femme. Devant les premiers maux de grossesse, le père peut être préoccupé par le bien-être de sa femme. Face à ses inquiétudes, il va alors la protéger et la soutenir tout au long du trimestre. Il peut éprouver à ce moment, un

sentiment voisin de la haine envers l'enfant qui occupe une place importante au sein du couple.

De plus, quand le père assiste à la première échographie, il peut perdre cette notion d'enfant imaginaire puisqu'il peut enfin voir une image réelle de l'enfant.

De temps en temps, au second trimestre, le père matérialise l'apparition de l'enfant en posant les mains sur le ventre de sa femme pour sentir les mouvements du fœtus. Le père peut alors développer cette sensation de contact avec son enfant. Il prend réellement conscience de la présence de son enfant. L'haptonomie est l'une des méthodes de préparation à la naissance qui permet d'établir des relations affectives avec l'enfant in utero. (9)

Au troisième trimestre, l'arrivée de l'enfant est proche, le père se projette le jour de sa venue. Il ressent un sentiment d'excitation partagé à un sentiment d'angoisse. Ce sentiment provient de la prise de conscience que son enfant et sa femme peuvent mourir.

Le jour de l'accouchement, l'angoisse fait partie des sentiments majorés, qui sont éprouvés par le père. Deux cas sont évoqués : celui du père qui est spectateur, qui a une attitude plutôt passive, qui a un rôle de soutien moral. Tandis que dans les autres cas, il est plus actif, il masse sa femme pour soulager les douleurs, aide à la respiration. Cette anxiété devient plus importante lors d'interventions du personnel médical qui fait intrusion dans le couple pendant la surveillance du travail mais aussi lors de situations d'urgence.

Après la naissance, un grand changement s'opère : il va entrer en contact direct avec son enfant. A ce moment, il va pouvoir le toucher, l'entendre et prendre conscience réellement de son statut de père.

2.5 Le syndrome de couvade (10)

Ce terme décrit en psychiatrie toutes les manifestations psychopathologiques chez les hommes pendant la grossesse de leur femme, au moment et après l'accouchement. Les hommes développent alors des symptômes identiques à ceux des femmes enceintes. Parmi ces symptômes, on retrouve :

- des nausées, vomissements
- des maux de tête
- une prise de poids
- des insomnies
- des douleurs abdominales

Aucune explication concrète n'est donnée dans l'apparition du syndrome de la couvade.

La couvade est ritualisée dans certaines cultures. L'homme se couche, avec son enfant dans les bras, pour prendre la place de la mère. Le fait d'attirer toute l'attention est une proposition évoquée par certains psychologues. D'autres évoquent que l'apparition des symptômes démontre l'implication du père pour son enfant. Dans notre société le syndrome de la couvade est peu pris en compte.

3. ENJEUX DE LA PRESENCE DU PERE EN SALLE DE NAISSANCES (11)

3.1 A l'accouchement

Il est décrit que la présence du père pendant le travail, l'accouchement et pendant les premiers soins du nouveau-né, serait bénéfique pour renforcer les liens à l'intérieur du couple mais aussi entre le père et l'enfant. D'autres articles défendent que la présence du père à l'accouchement serait traumatique.

Pour certains hommes, voir leur compagne pendant le travail puis donnant naissance à leur enfant, peut renforcer leur amour. Pour d'autres, la violence physique et émotionnelle d'une naissance est une situation traumatisante.

Le spectacle de la douleur peut être difficile à supporter. Il naît un sentiment d'impuissance et de culpabilité. En désirant un enfant et en l'ayant créé, il se sent responsable de la souffrance provoquée par l'accouchement. Il peut même imaginer que sa femme va mourir à tout instant à cause de son désir de procréation. Aujourd'hui, ce sentiment d'impuissance est moindre, dû à l'apparition de la péridurale.

Une autre anxiété traumatisante peut apparaître lors de la naissance. En effet, le père peut revivre sa propre naissance et imaginer ce qu'il a fait subir à sa propre mère pour venir au monde. Il se sent coupable d'avoir infligé cette douleur à sa mère et de le faire revivre à sa femme.

3.2 A l'expulsion

La phase d'expulsion est la seconde étape de l'accouchement. Elle débute lorsque le col est dilaté à son maximum et que l'enfant est complètement descendu dans le bassin. Il appuie sur le périnée et déclenche le réflexe de poussée. Il en résulte la sortie de l'enfant.

La vision par le conjoint de la phase d'expulsion peut soulever une problématique : celle de l'intrusion dans l'intimité meurtrie lorsque l'homme se place en face du sexe de la femme. Voir l'enfant apparaître là où il a pris du plaisir peut être perturbant pour la sexualité du futur couple. Observer le sexe féminin qui se déforme, le sang et les chairs meurtries, peut heurter la sensibilité de l'homme. La force et la puissance de l'expulsion peuvent être impressionnantes et laisser des empreintes dans l'esprit du conjoint. Tous ces éléments peuvent avoir des répercussions sur le désir de reprendre les rapports sexuels par la difficulté d'érotiser à nouveau la femme.

4. LA SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM

4.1 Physiologie de la sexualité chez l'homme (12)

Chez l'homme comme chez la femme, le cycle des réactions sexuelles peut être segmenté en 5 phases (ANNEXE 1). Ce cycle a été décrit par Masters et Johnson, deux américains, pionniers de la sexologie :

Le désir sexuel : c'est la capacité de se projeter dans une relation sexuelle, à anticiper positivement un plaisir érotique et à le mettre en œuvre. Pour amener à la phase d'excitation, il s'ajoute au désir sexuel la notion de sources excitatoires. Ce sont des stimuli sensoriels qui vont concerner principalement chez l'homme les organes de la vue et du toucher. L'imaginaire sexuel est un élément supplémentaire qui peut augmenter le désir sexuel.

La phase d'excitation sexuelle : c'est un réflexe dû aux stimuli sensoriels et à l'imaginaire qui va déclencher plusieurs modifications physiques. Chez l'homme, la fréquence cardiaque et respiratoire augmente. Il y a une augmentation de volume des testicules et surtout une érection du pénis.

Le plateau : phase où le niveau d'excitation est à peu près constant.

L'orgasme est une montée rapide du plaisir sexuel jusqu'à un maximum qui se manifeste par l'éjaculation chez l'homme.

La phase de résolution se caractérise par la déturgescence, associée à une détente généralisée du corps et de l'esprit. Puis vient chez l'homme une phase réfractaire, où aucune stimulation ne fait renaître l'érection.

La réussite d'une sexualité dépend non seulement du bon déroulement des phases physiologiques décrites ci-dessus mais également des conditions psychologiques dans lesquelles se trouvent les partenaires.

4.2 La sexualité pendant la grossesse

Durant la grossesse, le désir sexuel chez la femme varie en fonction des trimestres (13). Il est observé une baisse de la libido aux premier et troisième trimestres alors que celle-ci est accentuée au deuxième trimestre.

Chez l'homme, la présence de l'enfant peut être un frein à la sexualité (peur de le blesser, de percer la poche des eaux). De plus, des fantasmes d'inceste peuvent être évoqués entraînant parfois des inhibitions allant jusqu'à l'impuissance. Une étude portant sur 72 hommes menée à la maternité de Nancy (14) a fait ressortir que :

- les performances sexuelles chez l'homme diminuent moins rapidement que chez la femme pendant la grossesse, d'où parfois un décalage entre le désir féminin et masculin.
- l'idée du pénis « dangereux » est présente chez plus de la moitié des participants ; une activité sexuelle sans pénétration est donc parfois adoptée.

4.3 La sexualité en post-partum (15)

Sur le plan obstétrical, différents facteurs peuvent entraîner une perte du désir sexuel :

- de multiples touchers vaginaux pendant la grossesse et le travail objectivent le corps féminin et l'éloignent de l'érotisme.
- la dilatation vulvaire lors de la phase d'expulsion,
- les déchirures périnéales et l'épisiotomie,
- les extractions instrumentales (forceps, ventouse),
- la délivrance naturelle ou artificielle qui peut être vécue comme traumatique par le conjoint.

Ces différents traumatismes subis par le corps maternel peuvent constituer également un traumatisme visuel et psychologique pour le conjoint. Suite à cela, il peut alors lui être difficile de désirer à nouveau sa partenaire, de l'érotiser et de reprendre les rapports sexuels pouvant aller jusqu'à générer des troubles d'érection, de l'éjaculation et de l'orgasme.

Il se pose alors la question de savoir quand le couple peut reprendre une activité sexuelle avec pénétration dans le post-partum. Il n'est pas retrouvé dans la littérature médicale française un temps précis et défini dans la reprise des rapports sexuels. En pratique, les obstétriciens et les sages-femmes conseillent d'attendre trois semaines après l'accouchement. Ces trois semaines correspondent à l'arrêt des saignements, à la fermeture complète du col de l'utérus et à la cicatrisation complète d'une éventuelle épisiotomie.

Malgré une prise en charge régulière du couple en post-partum (rééducation périnéale, examens pédiatriques...), très peu de moments proposés par les professionnels de santé sont propices à l'écoute du

conjoint sur son vécu de l'accouchement, ses difficultés rencontrées après la naissance de leur enfant.

En plus du but premier de l'examen postnatal réalisé dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement par un médecin ou une sage-femme, à visée de surveillance obstétricale, cette consultation pourrait être l'occasion pour l'homme d'aborder des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels et les difficultés éventuelles.

Dans tous les cas, on note que le post-partum est une période sensible aux remaniements, aux changements dans la vie du couple. Nous allons aborder maintenant, l'étude qui a été réalisée pour déterminer principalement si la présence du conjoint en salle d'accouchement a des conséquences néfastes sur leur sexualité en post-partum.

PRESENTATION DE L'ETUDE

1. PROBLEMATIQUE

Tous les processus psychiques montrent que l'homme peut être fragilisé tout au long de la grossesse. Il passe par des étapes difficiles pour trouver sa place au sein de la dyade mère-enfant. De plus, l'accouchement peut être vécu comme traumatique surtout la phase d'expulsion. En effet, cela peut provoquer une blessure de son imaginaire, de son univers fantasmatique, de son érotisme, de son désir. Avec l'évolution de la société, le père de l'enfant à naître est de plus en plus présent pour cette occasion.

Est-ce que pour le conjoint, sa présence pendant la période d'expulsion de l'enfant a une influence sur le désir de reprendre les rapports sexuels ?

2. OBJECTIFS ET HYPOTHESES

2.1 Objectifs

Comparer le désir de la reprise des rapports sexuels entre les conjoints qui sont présents lors de l'expulsion de leur enfant et ceux qui sont absents pendant cette phase.

2.2 Hypothèses

- Le désir de reprendre une activité sexuelle est diminué pour 75% des conjoints qui étaient présents lors de l'expulsion de leur enfant.
- Les conjoints dont la femme a eu une césarienne, envisagent une reprise des rapports sexuels plus précocement que ceux dont la femme a accouché par la voie basse.
- Les conjoints dont la femme a eu une épisiotomie, envisagent une reprise des rapports sexuels plus tardivement que ceux dont la femme n'en a pas eu.

3. SCHEMA D'ETUDE

3.1 Type d'étude

L'étude menée est une étude descriptive transversale et monocentrique.

3.2 Population étudiée

Les sujets inclus dans l'étude sont tous les conjoints qui sont présents à l'accouchement de leur femme. Elles ont accouché par la voie basse ou ont eu une césarienne au C.H.U de Limoges à partir de juin 2011 jusqu'à fin octobre 2011.

Les sujets sont répartis en deux catégories : ceux qui sont présents pendant la phase d'expulsion et ceux qui ne le sont pas.

Les conjoints dont les femmes ont eu une césarienne sont considérés comme non présents pendant la période d'expulsion.

Les sujets exclus sont :

- les conjoints ne parlant pas français,
- les conjoints mineurs.

Afin d'obtenir des données exploitables, il nous faut calculer un nombre de sujet nécessaire. A partir de l'hypothèse principale, « 75% des conjoints qui ont observé l'expulsion », p correspond à 0,75 et q à 0,25. Par ailleurs, la précision a été fixée à 5 % pour garantir la puissance de l'étude.

D'après la formule ci-après, l'échantillon minimal retenu est de 288 conjoints que nous arrondissons au moins à 300 pour faire face aux non réponses.

$$\frac{\varepsilon^2 \times pq}{i^2} = \frac{1.96^2 \times 0.75 \times 0.25}{(5\%)^2} = 288$$

3.3 Méthodologie

Le critère de jugement principal est le désir de reprendre une activité sexuelle. En ce sens, il sera recherché si les conjoints envisagent la reprise d'une activité sexuelle comme celle antérieure à l'accouchement.

Afin de mener cette étude, il a été choisi d'entreprendre une enquête auprès des conjoints au moyen d'un questionnaire présenté en

annexe 2. Il est donné à tous les conjoints répondants aux critères d'inclusion à partir de juin 2011 jusqu'à fin octobre 2011.

Après avoir obtenu l'accord des cadres sages-femmes de l'Hôpital Mère-Enfant, le questionnaire a été distribué par l'hôtesse à l'arrivée des conjoints dans le service de maternité. Pour des raisons de confidentialité et dans le but d'obtenir des réponses plus fiables, ce questionnaire est anonyme et est remis avec une enveloppe à mon attention.

Après y avoir répondu, durant le séjour, les conjoints rendent ce questionnaire aux sages-femmes de maternité. Elles le déposent dans une boîte prévue à cet effet dans le bureau du service de maternité.

4. DONNEES A COLLECTER

Il s'agit de variables généralement qualitatives. La variable dépendante est le désir de reprise d'une activité sexuelle. La variable indépendante est la vision de l'expulsion.

Le questionnaire est divisé en deux parties. La première partie est réservée aux questions permettant de définir la population. Seront étudiés :

- l'âge
- la nationalité
- la catégorie socio-professionnelle
- le nombre d'accouchement(s) au(x)quel(s) a assisté le conjoint

La seconde partie a pour but de déterminer si l'accouchement a été perçu comme traumatique pour le conjoint. Il sera recherché :

- le mode d'accouchement :
 - ⇒ voie basse
 - ⇒ césarienne

- le recours à des gestes médicaux :
 - ⇒ épisiotomie
 - ⇒ forceps, ventouse

- sa présence pendant le travail

- la durée du travail lorsqu'il y a eu une césarienne en urgence

- sa présence pendant la phase d'expulsion, son champ de vision pendant l'expulsion :
 - ⇒ positionnement à côté de la tête de sa femme,
 - ⇒ en face de la vulve de la femme.

- son ressenti lors de l'expulsion:
 - ⇒ la vision de l'expulsion a entraîné une gêne
 - ⇒ regret d'avoir participé à l'expulsion
 - ⇒ solutions envisageables pour éviter ce regret

- comment envisage-t-il la reprise des rapports sexuels :
 - ⇒ la vue de l'expulsion va changer la vie du couple :
renforcement des liens, conflits, tensions, pas de changements

 - ⇒ la vision de l'expulsion modifie la vie sexuelle : augmentation ou diminution du désir, pas de modification

- ⇒ s'il y a une diminution du désir, est-ce en rapport avec la vision de l'expulsion, du fait de la présence de l'enfant ou lié à d'autres facteurs

5. METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS

Afin de pouvoir exploiter les questionnaires rendus par les conjoints, le tableur Excel® a été utilisé comme outil pour saisir les données. Une fois saisies, elles ont ensuite été analysées statistiquement par le logiciel Statwiev®. La plupart des statistiques sont ici descriptives. Il a été précisé pour tous les résultats un intervalle de confiance.

Le test du Chi² de Mantel-Haenszel a été utilisé ainsi que le test de Student pour pouvoir mettre en évidence ou non des différences significatives entre chaque groupe.

ANALYSE ET DISCUSSION

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Le questionnaire a été distribué à 460 conjoints de femmes qui ont accouché à l'HME à partir de début juin jusqu'au début septembre 2011. Il y a 392 questionnaires qui ont été récupérés, soit un taux de non réponse de 14,8 %.

1.1 Age de la population

L'âge moyen est de 32 ans. L'âge minimum est de 18 ans et l'âge maximum de 59 ans.

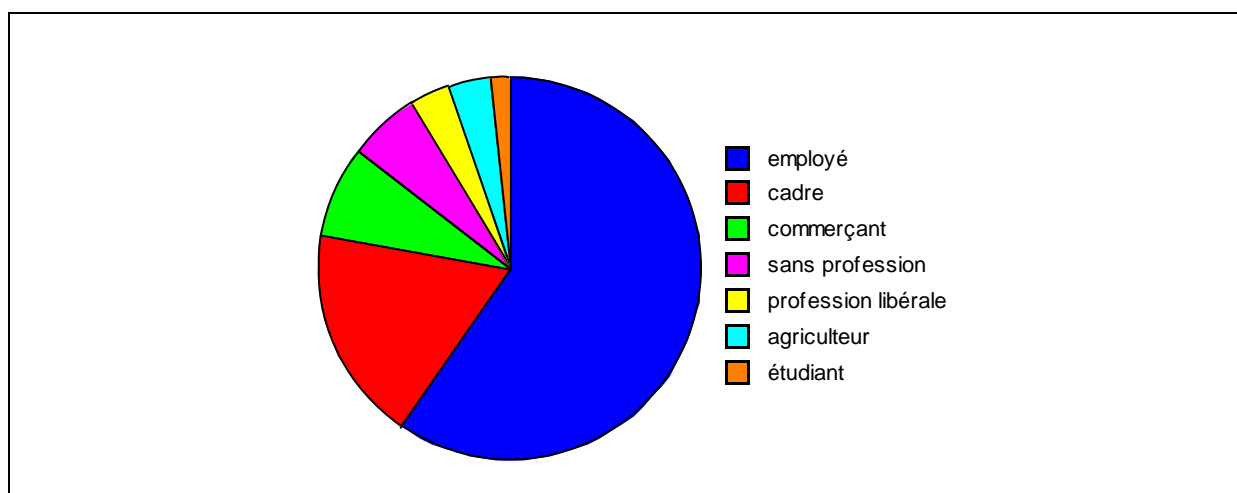
1.2 Nationalité

La majorité de la population de l'échantillon est de nationalité française (92%). Le reste de la population provient principalement des pays du Maghreb et de l'Afrique noire.

1.3 Catégorie socio-professionnelle

La population étudiée est donc composée de 60% d'employés, 18% de cadres, 8% de commerçants, 6% sans profession, 3% d'agriculteurs et de professions libérales, 1% d'étudiants.

Répartition des catégories professionnelles du conjoint



1.4 Nombre d'enfants chez le conjoint et présence à l'accouchement

Le nombre d'enfants à la naissance est celui que le conjoint a eu antérieurement à la grossesse actuelle. Est appelé « primipère », l'homme qui est devenu père pour la première fois grâce à cet accouchement.

Pour 47% de la population de l'échantillon, ce sont des primipères.

Pour le reste des conjoints, 35% ont déjà eu un enfant, 14% en ont déjà eu deux. Sur ces 201 conjoints qui ont eu au moins un enfant, 79% d'entre eux étaient présents pour l'accouchement précédent.

Pour cette nouvelle grossesse, 95% de la population souhaitait être présent pour l'accouchement. Sur les 5% des conjoints restants ne souhaitant pas être présents, il y en a :

- 6 qui, au final, ont été présents pendant le travail,
- 1 pendant le travail et l'expulsion,
- 2 à aucun moment et
- 7 qui n'ont pu participer puisque l'accouchement s'est déroulé par césarienne.

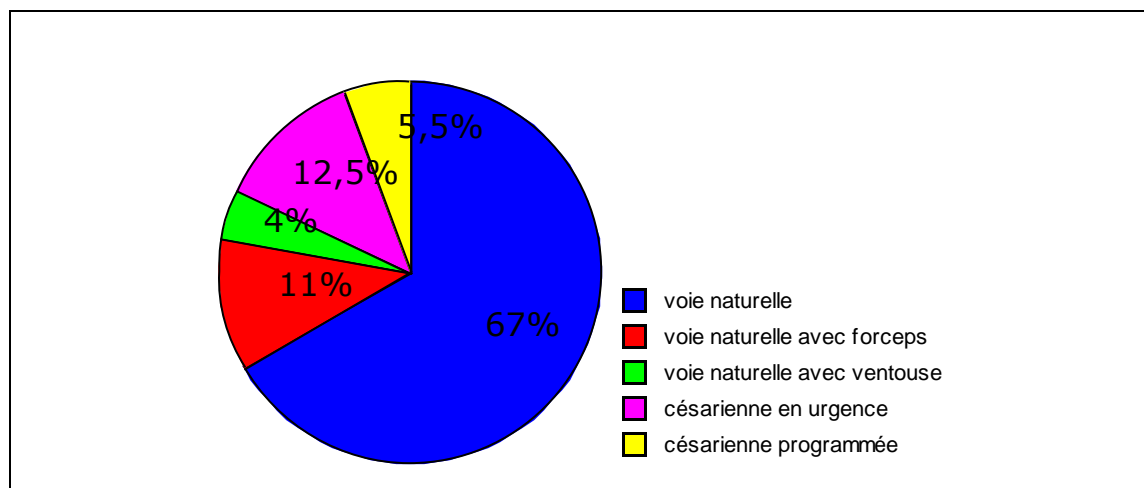
1.5 L'anesthésie péridurale pendant l'accouchement

Il y a 77,5% des femmes qui ont eu recours à une anesthésie péridurale lors d'un accouchement voie basse. Les césariennes programmées et en urgences sont exclues de ces chiffres.

On note que seulement 7% de ces anesthésies péridurales n'ont pas été efficaces.

1.6 Le mode d'accouchement

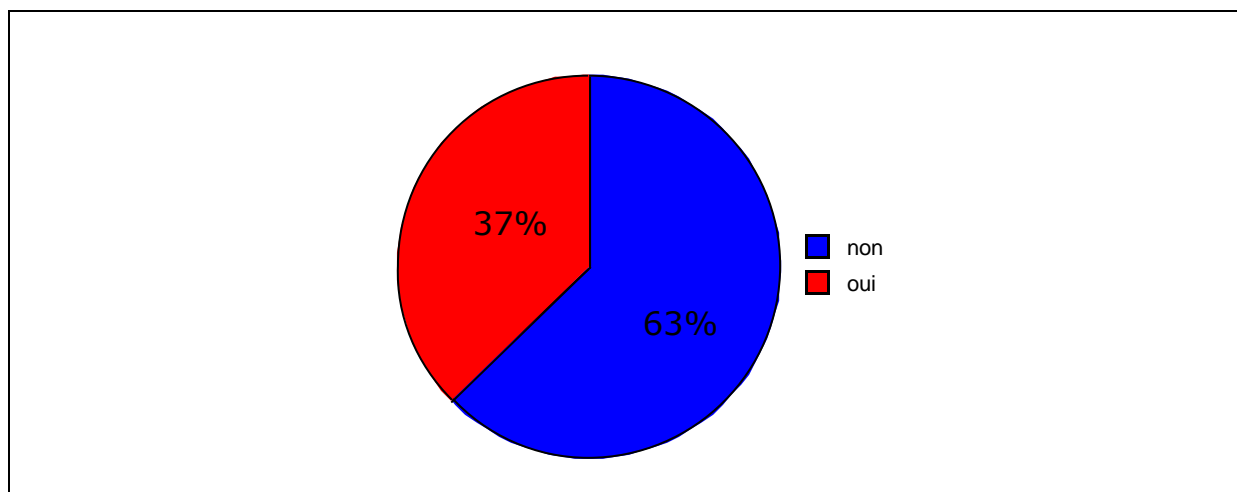
Mode d'accouchement



82% des patientes ont accouché par la voie basse soit 315 femmes, 18% ont eu une césarienne soit 315 femmes.

1.7 Recours à l'épisiotomie

Episiotomie

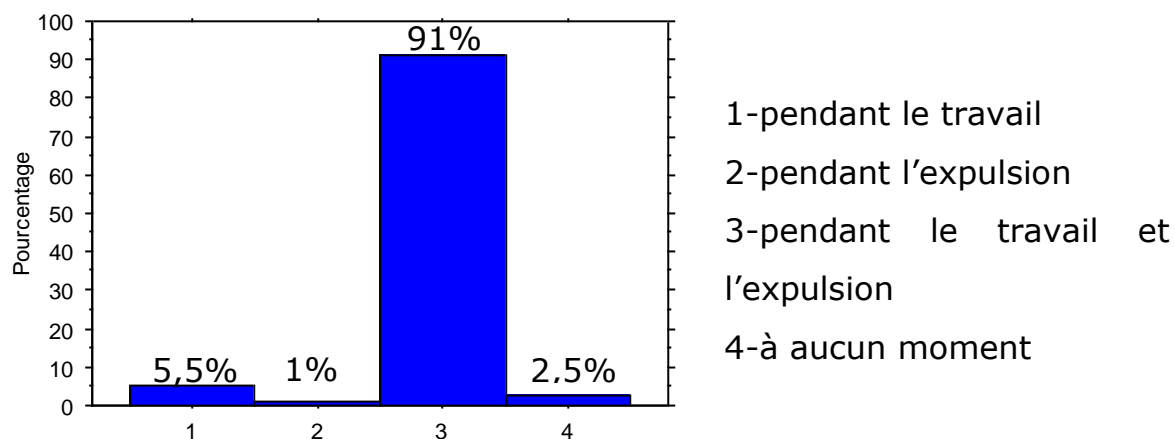


37% des accouchées ont eu une épisiotomie soit 140 patientes.

2. SITUATION DU CONJOINT PENDANT L'ACCOUCHEMENT

2.1 Présence du conjoint pendant l'accouchement

Quand étiez-vous présent ?

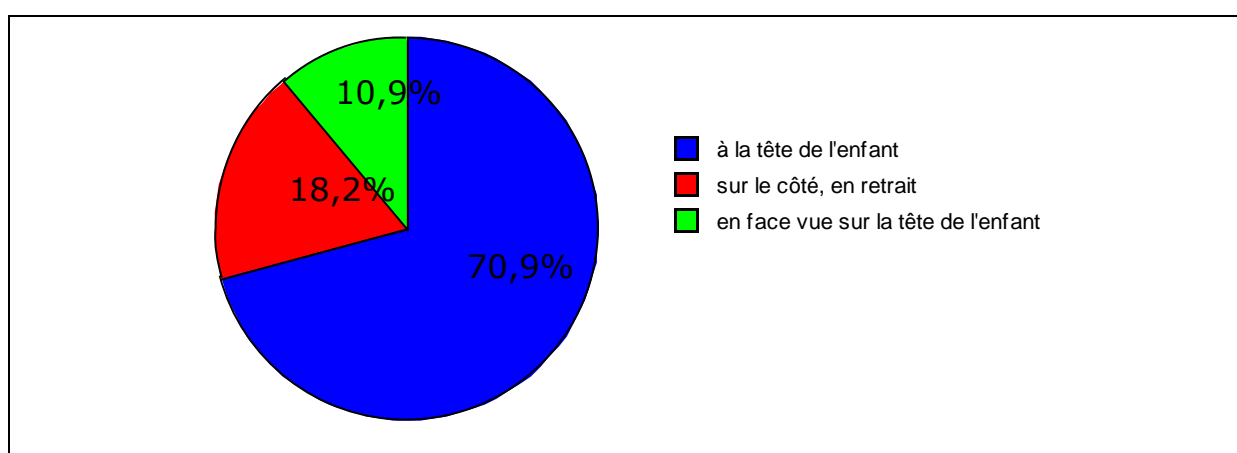


Sur toute la population, il y a :

- 286 conjoints qui ont été présents à l'expulsion soit 91%,
- 94 conjoints qui étaient absents à l'expulsion soit 8%, dont 68 parce que la femme a accouché par césarienne.
- 12 questionnaires sans réponses.

2.2 Place du conjoint pendant l'expulsion

Pendant la phase d'expulsion, où étiez-vous installé ?



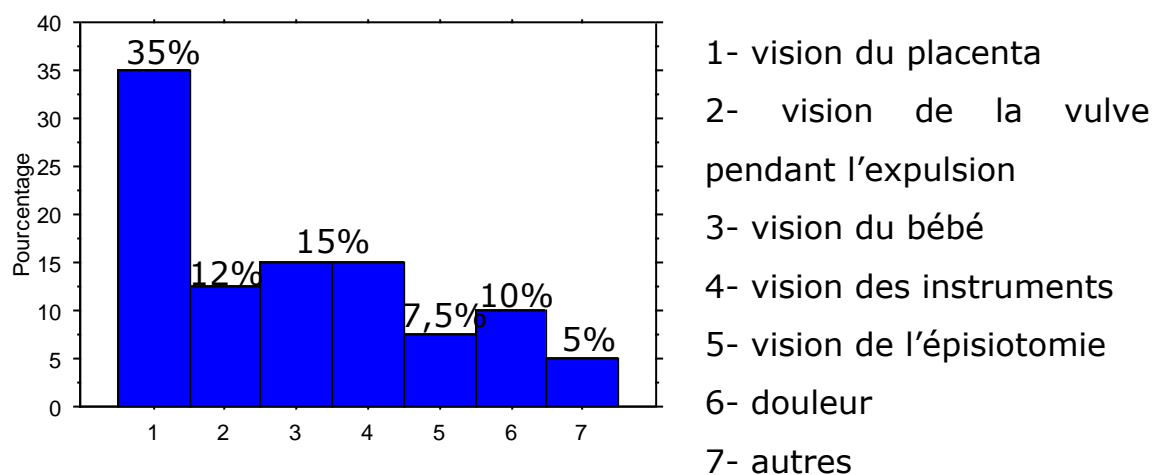
Sur les 286 conjoints qui participent à l'expulsion, seulement 10,9% se placent volontairement face à la vulve de leur femme pour voir la tête de leur enfant sortir.

2.3 Image déplaisante lors de l'expulsion

Est-ce que les conjoints présents pendant l'expulsion gardent une image déplaisante en mémoire ?

Sur les 286 conjoints qui ont participé à l'expulsion, 14% d'entre eux gardait une image déplaisante en mémoire soit 40 conjoints.

Si vous avez une image déplaisante en mémoire, quelle est-elle ?



Sur les 40 hommes qui ont eu une image déplaisante en mémoire, on note que pour la plus grande partie d'entre eux, la vision du placenta et du sang lorsqu'il traverse la pièce pour voir les premiers soins du nouveau-né, les heurtent.

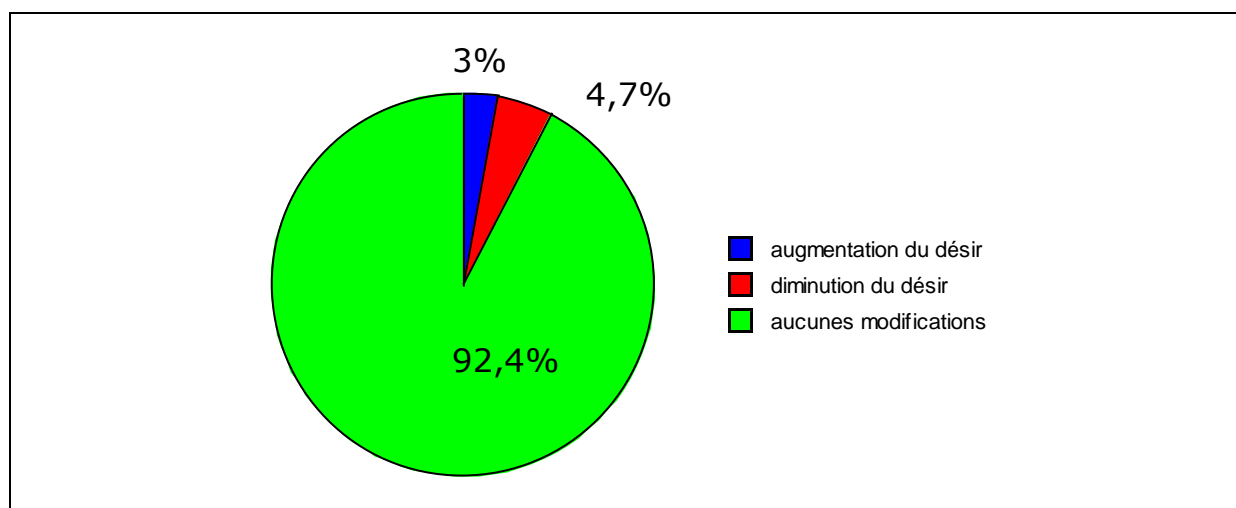
On leur a alors demandé quelles solutions pouvaient être envisagées pour améliorer cette situation. Il a été proposé :

- d'agencer la salle de manière à ne pas voir la partie basse du corps de leur femme,
- de cacher la partie basse du corps avec un drap, un paravent,
- d'être prévenu par la sage-femme pour ne pas regarder.

3. DESIR DE REPENDRE UNE ACTIVITE SEXUELLE

Il a été demandé aux hommes s'ils pensent que l'accouchement modifie le désir sexuel au retour à la maison.

De façon générale, pensez-vous que l'accouchement va modifier votre désir sexuel ?



92,4% de la population générale pense que l'accouchement n'entraîne aucune modification sur la reprise des rapports sexuels.

Il a été étudié si le fait d'être primipère avait une influence sur la modification de désir en post-partum. Voici les résultats :

	Modification du désir	Pas modifications du désir	TOTAUX
Primipère	11	170	181
Multipère	6	199	205
TOTAUX	17	369	386

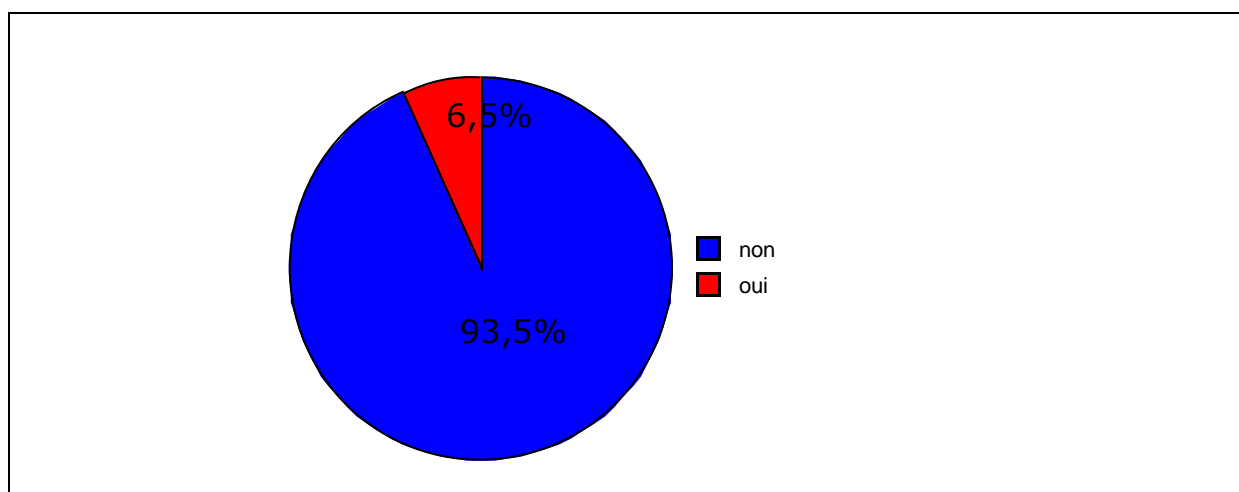
Il n'y a pas de différences significatives ($p=0,30$) observées entre les conjoints qui ont déjà eu des enfants et ceux dont c'est la première fois. Pour chaque groupe, il y a la même proportion de conjoints qui

pensent que l'accouchement va modifier leur désir sexuel en post-partum (environ 5%).

3.1 Expulsion et désir

Est-ce que le fait que le conjoint assiste à la phase d'expulsion lors de l'accouchement voie basse va modifier le désir dans la reprise des rapports sexuels en post-partum ?

Modification du désir sexuel si présence du conjoint pendant l'expulsion :



Sur les 286 conjoints présents à l'expulsion, seulement 6,5% pensent qu'y assister va modifier leur désir dans la reprise des rapports sexuels. Dans ce résultat, il y a 13 conjoints qui pensent que la présence lors de l'expulsion va diminuer le désir sexuel alors qu'au contraire il y en a 3 qui pensent que cela va augmenter le désir.

Cette analyse nous permet de réfuter l'hypothèse principale « Le désir de reprendre une activité sexuelle est diminué pour 75% des conjoints qui étaient présents lors de l'expulsion de leur enfant. » En effet, on constate que le fait d'être présent à l'expulsion entraîne peu de

conséquences sur le désir du conjoint à envisager une reprise des rapports sexuels.

Existe-t-il une différence entre un accouchement voie basse (AVB) et une césarienne ?

	Modification du désir	Pas modifications du désir	TOTAUX
Césarienne	5	99	104
AVB	23	272	295
TOTAUX	28	371	399

Il y a 4,80% des conjoints dont la femme a eu une césarienne qui pensent que l'accouchement va modifier leur désir. Il y en a 7,80% lors d'un accouchement par la voie basse. Lorsque l'on compare ces deux groupes, on note une légère différence qui n'est pas significative ($p=0,20$).

Y a-t-il une différence entre un accouchement voie basse et un accouchement voie basse instrumentale ?

	Modification du désir	Pas modifications du désir	TOTAUX
AVB normal	21	295	316
AVB instrumental	7	70	77
TOTAUX	28	365	393

On observe que l'accouchement entraîne plus de modification du désir sexuel chez les conjoints dont la femme a accouché par basse instrumentale (9,10%) que par voie basse normal (6,64%) mais ceci de manière non significative ($p=0,10$).

3.2 Place du conjoint pendant l'expulsion et désir sexuel

Est-ce que le fait que le conjoint se place devant la vulve lors de l'expulsion va modifier son désir de reprendre une activité sexuelle lors du post-partum ?

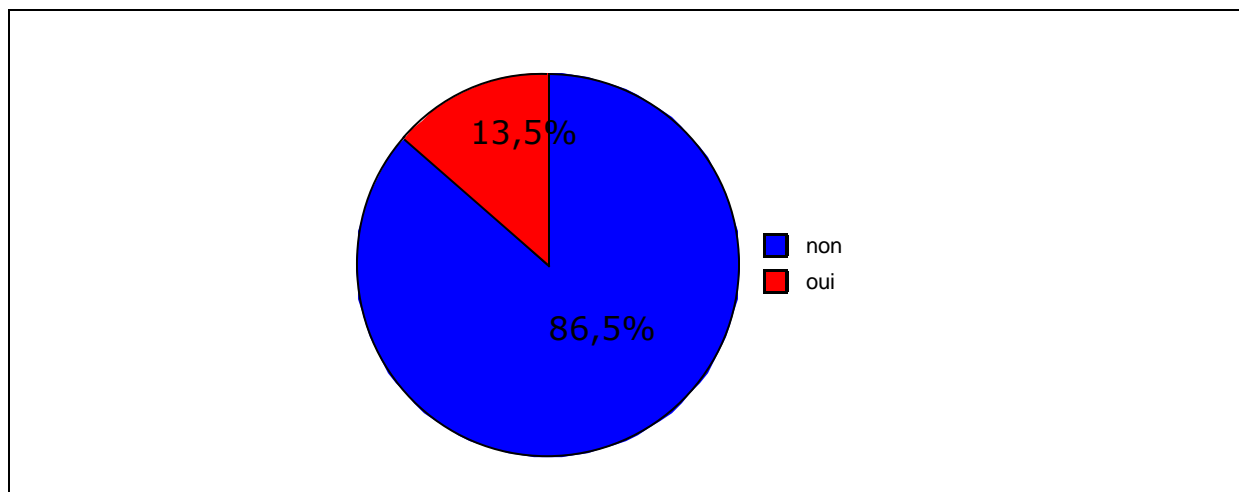
La quasi-totalité des conjoints (33 personnes sur 34) placés en face de la vulve lors de l'expulsion pense que cela ne va en aucun cas modifier leur désir dans la reprise d'une activité sexuelle.

On peut penser alors que c'était un souhait de leur part d'être placé face à la vulve pour voir l'expulsion et de ce fait ceci n'entraîne aucune image traumatisante.

3.3 Épisiotomie et désir sexuel

Est-ce que le fait que la femme ait une épisiotomie va modifier le désir du conjoint dans la reprise des rapports sexuels en post-partum ?

Modification du désir sexuel si épisiotomie :



Sur 140 femmes qui ont eu une épisiotomie, 13,5% de leur conjoint pensent que cela va modifier leur désir dans la reprise des rapports sexuels.

Sur ces 13,5% de conjoints, la quasi-totalité pense que l'épisiotomie va diminuer leur désir.

3.4 Temps envisagé par le conjoint pour la reprise des rapports sexuels

La moyenne générale du temps envisagé par les conjoints est de 6 semaines.

- Suivant la parité du père

Il n'y a pas de différence entre les conjoints qui deviennent père pour la première fois et ceux qui ont déjà assisté à l'accouchement des autres enfants.

- Suivant le mode d'accouchement

Le temps de reprise diffère suivant le mode d'accouchement de la femme :

Mode d'accouchement	Moyenne(en semaines)	
Voie basse	6	6,1
Voie basse avec forceps	6,5	
Voie basse avec ventouse	6,4	
Césarienne en urgence	5,7	5,8
Césarienne programmée	5,8	

Ces résultats nous permettent de répondre à l'hypothèse secondaire : « les conjoints dont la femme a eu une césarienne envisagent une reprise des rapports sexuels plus précocement que ceux dont la femme a accouché par la voie basse. »

En effet, de manière non significative ($p=0,80$), on peut observer ce phénomène. Ceci peut être dû au fait que le conjoint participant à l'accouchement par voie basse est plus sujet au stress, au traumatisme que peut laisser l'expulsion.

- Suivant l'existence ou non d'une épisiotomie

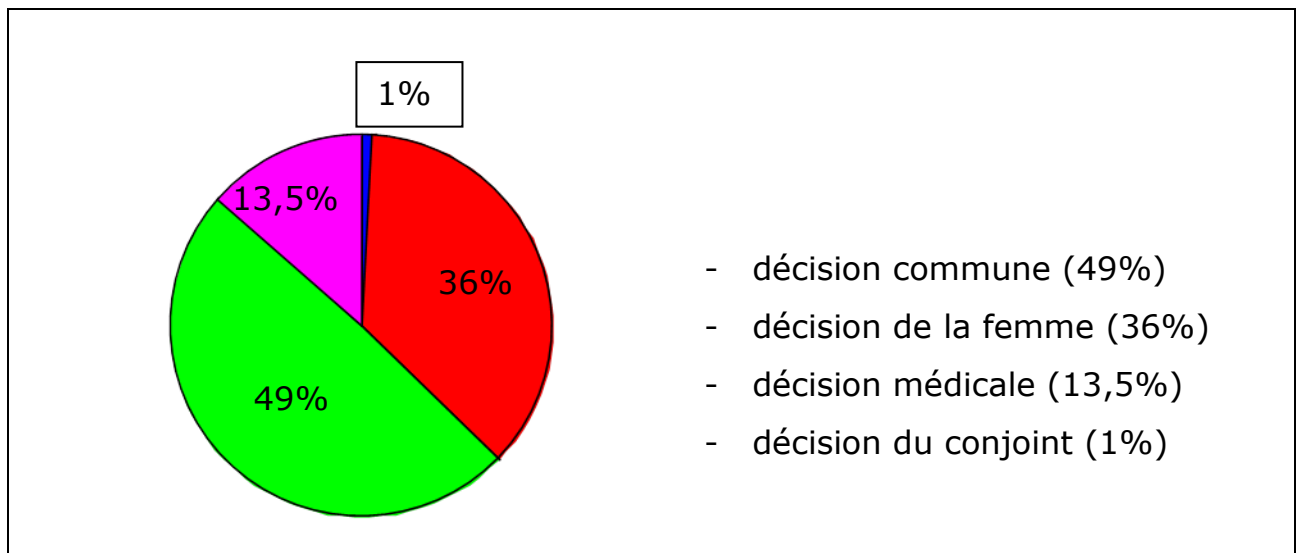
Existence d'une épisiotomie :	Temps de reprise (<i>en semaines</i>)
Oui	6,2
Non	5,9

On note que les conjoints dont la femme a eu une épisiotomie envisagent une reprise des rapports sexuels plus tardivement que ceux dont la femme n'en a pas eu et ceci de manière non significative ($p=0,80$). Les raisons de ce phénomène peuvent être identiques aux raisons précédentes.

La reprise d'une activité sexuelle en post-partum va dépendre :

- d'une décision conjointe dans le couple pour 49% d'entre eux,
- de la décision de la femme pour 36% d'entre eux,
- d'une décision médicale pour 13,5% des conjoints.

Conditions de reprise d'une activité sexuelle en post-partum



3.5 Connaissance des hommes sur les possibles modifications après l'accouchement

12% des conjoints pensent que le vagin de la femme se modifie après l'accouchement. Pour la plupart, ils s'imaginent que la taille du vagin devient plus importante puisque il s'élargit pendant l'accouchement. Ils occultent le fait que le vagin est élastique et qu'ils puissent reprendre sa taille d'origine.

Par conséquent, ces mêmes hommes suggèrent qu'il y a une diminution des sensations masculines lors de la pénétration.

Cette description peut amener à penser que les hommes ont de fausses idées sur les modifications que peuvent entraîner un accouchement. En effet, peu de documents, d'informations sont donnés sur le sujet. Une information même minime lors de séances de préparation à l'accouchement ou lors du rendez-vous postnatal pourrait être nécessaire pour déculpabiliser en quelque sorte l'homme d'avoir engendré une déformation du corps de sa femme.

4. VALIDITE DE LA RECHERCHE

4.1 Les points faibles

⇒ Biais d'information

Un biais important d'information existe dans la fiabilité des résultats obtenus. Effectivement, étant distribué en maternité, le questionnaire a été rempli dans la chambre par les hommes, en présence de leur femme. De manière indirecte, la participation de la femme a pu influencer le choix de réponse du conjoint. Par pudeur par exemple, l'homme n'a pas pu répondre avec une totale spontanéité.

La question se pose donc de la liberté des hommes à répondre de manière indépendante et sans influence ni pression exercée par leur compagne. Une sous-estimation du nombre de conjoint dont le désir est modifié par sa présence pendant l'expulsion de l'enfant pourrait être observée.

⇒ Autre biais

Tout ce qui touche la sexualité des hommes, peut aussi parfois toucher leur virilité, leur orgueil, leur performance et leur image d'eux-mêmes. En répondant aux questions, il peut être difficile pour le conjoint de dissocier son image de celle véhiculée par notre société et en ce sens cela peut influencer la sincérité des réponses.

4.2 Les points forts

- Le mode de recueil

Le fait que le questionnaire soit anonyme et de plus remis dans une enveloppe renforce la fiabilité des résultats. La sexualité étant un sujet tabou, il a été plus facile pour les conjoints de se dévoiler.

De plus, les biais de sélection ont pu être évités puisque les questionnaires ont été distribués par la même personne à tous les sujets de la population de l'échantillon.

- Le nombre de réponses

Le nombre de questionnaires remplis a été satisfaisant. En effet, il a été noté un enthousiasme certain des conjoints pour ce sujet. Beaucoup ont exprimé leur satisfaction que des professionnels de santé s'intéressent à eux lors de la période du post-partum. Il en est ressorti un taux minime de non réponses. Ainsi l'ensemble des données a pu être exploité.

5. DISCUSSION

Cette étude a bien été acceptée par les hommes avec un taux de 85,2% de participation. Ce haut pourcentage de réponse est surprenant car la sexualité reste un sujet tabou, délicat, qui touche l'intimité de l'individu. Ce résultat semble montrer l'intérêt des hommes pour ce sujet.

De nos jours, très peu d'hommes sont absents en salle de naissances. 91% d'entre eux sont auprès de leur femme pour l'accouchement.

Ceci nous amène à penser que la nationalité des hommes par la différence de culture, de croyance, de religion, peut influencer le choix d'être présent ou non à l'accouchement. Or sur 28 conjoints de nationalité étrangère, seulement 3 de nationalité algérienne ont fait le choix d'être présent uniquement lors de la phase de travail.

De plus, il y a autant de primipères que de multipères qui sont au côté de leur compagne pour les soutenir lors de la phase d'expulsion de l'enfant.

Lorsqu'ils sont présents pendant la phase d'expulsion, les hommes se placent majoritairement à coté de leur compagne (89,1%). A cette place, ils ont un rôle important de soutien psychologique, affectif et physique (maintien de la nuque), mais aussi d'encouragement. Cette position leur confère moins un sentiment d'impuissance, d'inactivité. De plus, ils sont tenus à l'écart de la sortie de la tête de l'enfant à naître, moins confrontés à la vue de l'accouchement.

Pour la minorité des conjoints qui regarde volontairement la phase d'expulsion, l'accouchement peut être perçu comme moins traumatique puisqu'il se l'est imaginé, représenté préalablement. L'homme consentant, fait le choix de regarder ; l'image du sexe déformé, du sang est minimisé. Il ne garde en mémoire que l'image de la naissance de son enfant.

Cependant dans cette étude le nombre d'absents pendant l'expulsion étant peu important, il a été inclus dans ce groupe les conjoints dont les femmes ont eu une césarienne. Il faudrait pour avoir des résultats exacts, plus fiables, réaliser cette étude avec un plus grand nombre de cas pour pouvoir différencier les conjoints qui ne souhaitent pas être présent de ceux absents pour cause de césarienne.

Contrairement aux discours relevés dans la littérature, cette étude révèle que la présence du conjoint pendant la phase d'expulsion ne modifie pas le désir sexuel en post-partum.

Ce qui ressort de cette étude, c'est que ce n'est pas la phase d'expulsion qui est impressionnante pour le conjoint mais les instants suivants. En effet, à l'HME de Limoges, les salles de naissances sont agencées de telle sorte que lorsque le père veut suivre son enfant pour les soins, il passe obligatoirement devant le sexe de sa femme. Il peut alors être confronté sans le vouloir à l'intimité de sa partenaire. La vision du placenta, du sang, du sexe déchiré sont des éléments décrits par le conjoint qui sont vécus comme un moment déplaisant. Ne s'étant pas préparé à l'idée de se retrouver face à ce spectacle, cela peut devenir un choc brutal et rester ancré dans l'esprit du conjoint.

Un biais peut être retrouvé dans le fait que l'enquête a été réalisée en maternité et donc trop proche de l'accouchement pour pouvoir penser déjà à la reprise des rapports sexuels. Néanmoins, on peut penser que si l'accouchement avait été traumatique pour l'homme, cette déstabilisation aurait été remarquée aussitôt et ainsi relevée dans les résultats. Il serait intéressant de savoir pendant combien de temps cette vision pénible perdure en mémoire.

Pour remédier à ce problème de confrontation lors du déplacement dans la pièce à côté, les conjoints ont proposé :

- de changer la disposition de la salle de telle manière à ce que l'homme ne passe pas devant le sexe de sa femme. Cette solution ne paraît pas envisageable actuellement puisque les fluides (air, oxygène) doivent être localisés à la tête de la table d'accouchement.
- d'avoir la partie basse du corps recouverte par un drap. Cette proposition est essentielle puisque d'une part elle permet au conjoint de ne rien voir lors de son déplacement avec son enfant en salle de soins. D'autre part, la femme se sentira moins dénudée, exposée à la vue de tous. C'est une forme de respect de son intimité.
- d'être au préalable prévenu par la sage-femme pour éviter de regarder.

Il n'y a pas de différence significative entre chaque mode d'accouchement. Que ce soit par voie basse normale ou instrumentale, les conjoints pensent que cela ne modifiera pas leur désir sexuel. Il en est de même lorsqu'une épisiotomie a été réalisée. Cette étude est effectuée sur une estimation du conjoint à reprendre une activité sexuelle et non sur un fait réel. Ils doivent imaginer leur retour à la maison, leur future sexualité. De ce fait, un biais existe. Il serait intéressant d'évaluer réellement à 3

mois ou plus, la sexualité du couple en la comparant avec celle d'avant la grossesse. Ou d'évaluer le nombre de consultations dont le motif serait l'absence ou la diminution du désir sexuel masculin en post-partum.

Le temps moyen envisagé par le conjoint pour reprendre une activité sexuelle est de 6 semaines. Ce temps est similaire aux résultats retrouvés dans un mémoire réalisé par une étudiante sage-femme de l'école de Baudelocque (16). Effectivement elle a montré que la durée moyenne de reprise des rapports après l'accouchement est de 5,5 semaines. Il y a une similitude entre la durée envisagée et la durée réelle observée chez les conjoints pour la reprise d'une activité sexuelle.

A la dernière question n°21, la connaissance des hommes sur la sexualité après l'accouchement a été évaluée. Beaucoup d'entre eux n'ont pas répondu à la question et ont mis un point d'interrogation. Une case « ne sait pas » aurait pu permettre d'estimer exactement le nombre de conjoint ne connaissant pas la réponse. Cependant, on note une part importante d'hommes qui pensent que l'accouchement va diminuer leurs sensations ressenties lors de la pénétration en post-partum à cause d'un élargissement du vagin. Ce résultat montre que les conjoints ne sont pas assez informés. La sexualité reste un sujet écarté des consultations. Un certain nombre de dysfonctions sexuelles sont liées à des méconnaissances sur la sexualité. L'intérêt de l'information, même minime, lors de consultation par les professionnels de santé (sage-femme, gynécologue) serait pertinent pour limiter l'apparition de difficultés sexuelles.

CONCLUSION

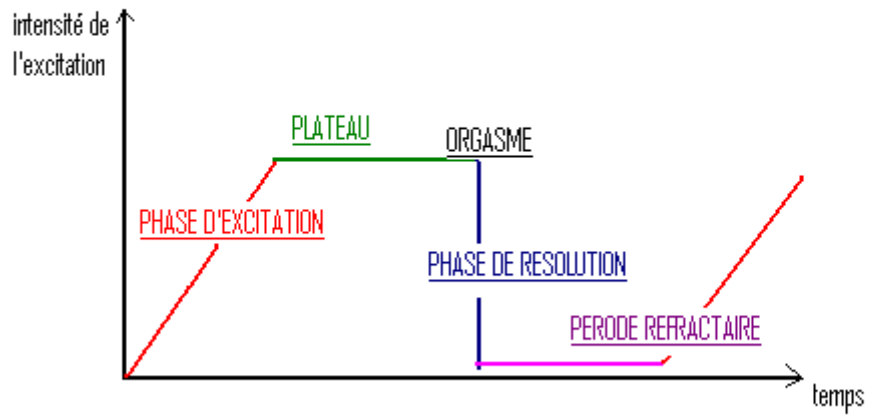
Grâce à cette étude il apparaît clairement que le fait que le conjoint soit présent durant la phase d'expulsion n'entraîne pas de modifications du désir sexuel en post-partum.

Cette étude est rassurante pour la sexualité des hommes et des femmes mais aussi étonnante puisqu'il y a un paradoxe entre ce que l'on entend, ce que l'on observe dans les magazines et les sites internet et ce résultat.

Cela peut s'expliquer par la difficulté à évaluer le domaine de la sexualité. C'est un sujet tabou touchant l'intime. Les sujets se mentent à eux-mêmes, répondent ce dont ils ont envie de croire. Les questions sur la sexualité mobilisent l'image de soi et l'image renvoyée à l'autre. Cette image doit répondre à la normalité demandée par la société, à la performance.

De manière à améliorer la prise en charge du conjoint en salle de naissances, le professionnel de santé doit rester attentif à ses attentes, à ce que l'accouchement peut générer dans un couple. La surmédicalisation ne doit pas prendre la place de l'écoute de l'autre.

ANNEXES I



Le cycle sexuel par Masters et Johnson

ANNEXE II

Monsieur,

Etudiante sage-femme, je m'intéresse dans le cadre d'un mémoire de fin d'études, à la place qu'occupe le père en salle de naissance.

L'étude à laquelle je vous propose de participer a pour but d'évaluer les conséquences que peut avoir l'accouchement sur le désir du conjoint à la reprise d'une activité sexuelle.

Ce questionnaire s'adresse à tous les hommes devenant père à l'hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges. Il suffit de cocher les réponses dans les cases correspondantes. Puis, vous remettrez ce questionnaire à l'équipe médicale du service de maternité avant la fin du séjour de votre femme.

Cette étude conserve votre anonymat et est soumise au secret médical.

Je vous remercie chaleureusement de votre aimable contribution.

BIRE Flavie

-
- 1) Quel âge avez-vous ?-----
- 2) Quel est votre nationalité ?
- française
- autre -----
- 3) Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?
- étudiant
- employé/ouvrier
- cadre
- profession libérale
- agriculteur

commerçant, chef d'entreprise

retraité

sans profession

4) Combien d'enfants avez-vous ? ----- (excepté cette naissance)

5) Etiez-vous présent en salle de naissance pour les autres accouchements ?

oui non

6) Souhaitiez-vous être présent pour cette naissance ?

oui non

7) Votre compagne a-t-elle bénéficié d'une analgésie péridurale ?

oui non

8) Si oui, a-t-elle été efficace ?

oui non

DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT :

9) L'accouchement s'est déroulé : (*1 seule réponse possible*)

par les voies naturelles

par les voies naturelles avec un forceps

par les voies naturelles avec une ventouse

par césarienne en urgence

par césarienne programmée

10) Lors de l'accouchement, votre compagne a-t-elle eu une épisiotomie ?

oui non

Si vous avez coché « césarienne en urgence » ou « programmée », passez directement à la question 18.

11) Etiez-vous présent pendant : (*1 seule réponse possible*)

- le travail
- l'expulsion
- le travail et l'expulsion
- à aucun moment

Si vous n'étiez pas présent à l'expulsion, passez à la question 17.

12) Pendant la phase d'expulsion, où étiez-vous installé ?

- à la tête de votre compagne
- sur le coté, en retrait
- en face, vue sur la tête de votre enfant

13) Avez-vous eu une image déplaisante qui vous reste en mémoire ?

- oui, laquelle ? ----- non

14) Si oui, quelles solutions proposez-vous pour éviter d'être confronté à cette situation ?----

A PROPOS DE LA REPRISE DES RAPPORTS SEXUELS SUITE A L'ACCOUCHEMENT :

15) Si vous avez assisté à la phase d'expulsion, pensez-vous que le fait d'être présent lors de cette phase, va modifier votre désir dans la reprise des rapports sexuels ?

- oui non

Si oui, augmentation du désir

- diminution du désir

16) Si vous avez observé la tête de votre enfant sortir, pensez-vous que cela va modifier votre désir dans la reprise des rapports sexuels ?

- oui non

Si oui, augmentation du désir

- diminution du désir

17) Si votre compagne a eu une épisiotomie, pensez-vous que cela va modifier votre désir dans la reprise des rapports sexuels ?

oui non

Si oui, augmentation du désir

diminution du désir

18) De façon générale, pensez-vous que l'accouchement va modifier votre désir sexuel :

augmentation du désir

diminution du désir

aucune modification

19) Au bout de combien de temps envisagez-vous reprendre une activité sexuelle avec pénétration ?------(en semaines)

20) La reprise d'une activité sexuelle va dépendre en premier : (*1 seule réponse possible*)

de votre décision

de la décision de votre compagne

d'une décision conjointe entre vous et votre femme

de la décision médicale

21) Pensez-vous que l'accouchement aura une influence :

- sur la taille du vagin :

oui. Préciser :-----

non

- sur vos sensations pendant la pénétration :

oui. Préciser :-----

non

Merci de votre attention.

REFERENCES

- (1) *BONNET L : Les pères en quête de reconnaissance ?* Mémoire de sage-femme, Université de Médecine de Limoges, 2003. p40
- (2) *CASTELAIN-MEUNIER C : La place des hommes.* Ed P.U.F, 2004. p192
- (3) *CASTELAIN-MEUNIER C : La paternité.* Ed P.U.F Que sais-je ? N°3229, 1997. Chapitre 1
- (4) *BONNET L : Les pères en quête de reconnaissance ?* Mémoire de sage-femme, Université de Médecine de Limoges, 2003. p9
- (5) *JACQUET M et NOBECOURT M : Une année de vie dans la vie d'une femme.* Ed Albin Michel, 1999. P260
- (6) *THIS B : Le père : acte de naissance.* Ed. Seuil, 1991. p1
- (7) *CASTELAIN-MEUNIER C : La paternité.* Ed P.U.F Que sais-je ? N°3229, 1997. p85
- (8) *COLMANN A : La grossesse, expérience psychique.* Ed Laffont.
- (9) <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/haptonomie/13458>, 02/10/2010
- (10) *BELAISCH J et KERVASDOUE A : Questions d'hommes.* Ed Odile Jacob, 2003. p356
- (11) *FONTY B : Les pères n'ont rien à faire dans la maternité.* Ed First, 2003. p171

(12) cours de sexologie du DR TERNISIEN D'OUVILLE, 2010-2011

(13) *NADJAFIZADEH M : Sexualité durant la grossesse et le post-partum, Magazine Vocation sage-femme novembre-décembre 2010, n°86-87, p22*

(14) *LORSON J : le comportement sexuel masculin pendant la grossesse : une étude pilote portant sur 72 hommes en 2001, Magazine Sexologies 1997 n°11, p1-6*

(15) *VILETTE E : Les interrogations des femmes sur la sexualité après l'accouchement, Mémoire de sage-femme, Université de Limoges, 2009*

(16) *SAUVESTRE-FOUCAULT C : La sexualité du post-partum : évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels, Mémoire de sage-femme, Université Paris-Descartes, 2011*

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	6
CONCEPTS THEORIQUES	8
1. EVOLUTION DE LA PLACE DU PERE DANS L'HISTOIRE	8
1.1 A l'Antiquité romaine.....	8
1.2 Au Moyen-âge	9
1.3 De la Renaissance jusqu'au siècle des Lumières	9
1.4 De la Révolution jusqu'au XXème siècle.....	10
1.5 Dans la période contemporaine	10
2. PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES	12
2.1 Le père réel	12
2.2 Le père symbolique.....	13
2.3 Le père imaginaire.....	14
2.4 Le processus de paternalisation.....	14
2.5 Le syndrome de couvade	16
3. ENJEUX DE LA PRESENCE DU PERE EN SALLE DE NAISSANCES.....	17
3.1 A l'accouchement	17
3.2 A l'expulsion	18
4. LA SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM	19
4.1 Physiologie de la sexualité chez l'homme	19
4.2 La sexualité pendant la grossesse.....	20
4.3 La sexualité en post-partum.....	21
PRESENTATION DE L'ETUDE	23
1. PROBLEMATIQUE	23
2. OBJECTIFS ET HYPOTHESES	23

2.1	Objectifs.....	23
2.2	Hypothèses.....	24
3.	SCHEMA D'ETUDE	24
3.1	Type d'étude.....	24
3.2	Population étudiée	24
3.3	Méthodologie	25
4.	DONNEES A COLLECTER	26
5.	METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS.....	28
	ANALYSE ET DISCUSSION	29
1.	DESCRIPTION DE LA POPULATION	29
1.1	Age de la population	29
1.2	Nationalité.....	29
1.3	Catégorie socio-professionnelle	30
1.4	Nombre d'enfants chez le conjoint et présence à l'accouchement.....	30
1.5	L'anesthésie péridurale pendant l'accouchement.....	31
1.6	Le mode d'accouchement	31
1.7	Recours à l'épisiotomie.....	32
2.	SITUATION DU CONJOINT PENDANT L'ACCOUCHEMENT	32
2.1	Présence du conjoint pendant l'accouchement.....	32
2.2	Place du conjoint pendant l'expulsion	33
2.3	Image déplaisante lors de l'expulsion	33
3.	DESIR DE REPENDRE UNE ACTIVITE SEXUELLE	35
3.1	Expulsion et désir	36
3.2	Place du conjoint pendant l'expulsion et désir sexuel.....	38
3.3	Episiotomie et désir sexuel	38
3.4	Temps envisagé par le conjoint pour la reprise des rapports sexuels	39
-	Suivant la parité du père	39
-	Suivant le mode d'accouchement.....	39
-	Suivant l'existence ou non d'une épisiotomie.....	40

3.5 Connaissance des hommes sur les possibles modifications après l'accouchement.....	41
4. VALIDITE DE LA RECHERCHE.....	42
4.1 Les points faibles.....	42
4.2 Les points forts.....	43
- Le mode de recueil.....	43
- Le nombre de réponses.....	43
5. DISCUSSION.....	44
CONCLUSION.....	48
ANNEXES I.....	49
ANNEXE II.....	50
REFERENCES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
TABLE DES MATIERES.....	55

