

Médecine Sorbonne Université

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Académie de Paris

Ecole de Sages-Femmes - Hôpital Saint-Antoine

Les Sages-Femmes et la sexualité humaine



Clara Dana 01/07/1996

Sma5

Directeur de mémoire : Corinne Audinet

Année universitaire : 2020 – 2021

Médecine Sorbonne Université

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Académie de Paris

Ecole de Sages-Femmes - Hôpital Saint-Antoine

Les Sages-Femmes et la sexualité humaine

Clara Dana 01/07/1996

Sma5

Directeur de mémoire : Corinne Audinet

Année universitaire : 2020 – 2021

Remerciements

A ma famille et ami.e.s pour leurs soutiens sans failles de mes projets,

A mon Emma pour sa force et son humour,

A mes professeures qui ont su écouter,

A ma directrice de mémoire pour ses corrections tout au long de ce travail.

Table des matières

Préambule	1
Partie 1 : Revue de la Littérature	2
I. Définir la sexualité.....	2
A. Que dit le dictionnaire ?.....	2
B. Organisation Mondiale de la Santé et Sexualité	3
II. Comprendre les sexualités contemporaines en France.....	3
A. Un tournant historique	3
B. Les grandes études sur la sexualité des français du XX ^e siècle	4
III. Sexualité et Santé.....	6
A. Définir la santé sexuelle	6
B. Aborder la sexualité : une démarche essentielle à la promotion de la santé.....	7
IV. Sexualité, Périnatalité et santé des Femmes	8
A. Sexualité Périnatale.....	8
B. La sexualité des femmes à travers l'exemple de deux études quantitatives.....	9
V. Sages-femmes et Sexualité	11
A. Formation des étudiants sages-femmes en sexualité.....	11
B. Les formations après le diplôme d'Etat de Sage-Femme.....	12
Partie 2 : Matériel et méthode.....	14
I. Problématique.....	14
II. Objectifs et Hypothèse.....	14
III. Description de l'étude.....	15
A. Outil méthodologique	15
B. Population ciblée.....	15
IV. Stratégie d'analyse et variables étudiées.....	16
Partie 3 : Résultats et Analyse.....	18
I. Description de la population	18
II. La perception de la place de la sexualité par les sages-femmes interrogées	18
III. Création d'une relation de confiance.....	20
A. Bien communiquer.....	20
B. L'importance de la posture professionnelle	20
C. Etre face à l'Autre.....	21
IV. Contenu et déroulement de l'échange	24
A. Débuter la conversation.....	24
B. Face au refus de la patiente	25

C.	Oser dire les mots	25
D.	Autres freins à aborder la sexualité	26
V.	Aborder la sexualité : personnes ciblées et implications	27
A.	Quand en parler ?.....	27
B.	Situation et nécessité de parler de sexualité	28
C.	Parler de sexualité versus parler de santé sexuelle	29
VI.	« Savoir » parler de sexualité	31
A.	Les connaissances des sages-femmes interrogées en matière de sexualité	31
B.	Un manque de connaissance en matière de sexualité	32
C.	Sages-femmes Néo diplômées	33
Partie 4 :	Discussion	34
I.	Limites et point forts de l'étude.....	34
II.	Mise en perspective des résultats au travers des étapes de la CBS	35
III.	Discussion autour de la validation de l'hypothèse.....	38
Conclusion	40
Bibliographie	42
Lexique	47
Abstract	49

Préambule

La sexualité fait partie intégrante de la vie humaine. Tantôt réprimée, tantôt portée en étendard garant de libertés, elle a été étudiée sous toutes les coutures. Sociologues, médecins, anthropologues, biologistes, historiens et psychologues ont tenté d'appréhender ses différents aspects.

La sexualité se retrouve partout, au cinéma, dans les publicités, au détour de conversations, dans la littérature... Pourtant, bien que notre époque soit, en France, marquée par une certaine liberté en matière de sexualité, le sujet reste un tabou socio-culturel prégnant. En effet, la sexualité relève de l'intimité de chacun. Si elle peut être abordée relativement simplement avec l'entourage proche, ce n'est pas toujours le cas dans le cadre de la relation médicale.

La sexualité est à la source des enjeux de la Gynécologie et de l'Obstétrique. Les sages-femmes peuvent alors apparaître comme des professionnelles de santé dont la pratique est liée aux problématiques de la sexualité humaine.

Ainsi, nous allons d'abord présenter les liens qui existent entre la sexualité et les sages-femmes, à travers une revue de la littérature.

Ensuite, nous présenterons les modalités de notre étude, ses résultats et leur analyse puis nous finirons par discuter nos conclusions.

Partie 1 : Revue de la Littérature

I. Définir la sexualité

A. Que dit le dictionnaire ?

« *Sexualité* » est un mot qui est apparu dans la langue française en 1838 selon le dictionnaire Robert. La première définition donnée est biologique :

« Caractère de ce qui est sexué, ensemble des caractères propres à chaque sexe. Sexualité des bactéries, sexualité des plantes. V. génitalité »

La deuxième définition date de 1924 :

« Ensemble des comportements relatifs à l'instinct sexuel et à sa satisfaction (qu'ils soient ou non lié à la génitalité). V. Libido. Sexualité infantile, adulte. « Ces trois essais sur la sexualité, de Freud » (Morand). – Stades oral, anal et génital de la sexualité (V. sexuel). »¹

Nous voyons se dessiner l'ambivalence de la définition de ce mot qui différencie l'homme du reste du monde vivant.

D'un côté la sexualité dans son sens biologique, comprenant la reproduction du monde vivant (les animaux, les végétaux et l'humain, en tant que mammifère). De l'autre la sexualité, spécificité humaine, dans sa dimension sociale, culturelle, psychologique.

Nous comprenons d'autant mieux quand Le Robert renvoie son lecteur à des définitions apparentées à celle de la sexualité.

Lorsqu'on se réfère à « Génitalité » on retrouve « capacité de reproduction des organismes sexués » : le champ lexical est biologique, scientifique.

Lorsque nous nous référons à « Sexuel » nous retrouvons en premier lieu la composante biologique : « relatif au sexe, aux conformations et aux fonctions de reproduction particulière du mâle et de la femelle, de l'homme et de la femme. Les parties sexuelles. V. Génital ». ²

Puis, en deuxième lieu, nous trouvons la composante spécifique de l'humain :

« (Chez l'homme). Cour. Qui concerne l'accouplement, les comportements qu'ils déterminent et ceux qui en dérivent. Instinct sexuel. Actes, Pratiques sexuels. V. Coït, cunnilingus, fellation. Avoir des relations sexuelles avec quelqu'un. Plaisir sexuel. V. Charnel, érotique, physique, vénérien, orgasme. Education sexuelle.– Obsédé sexuel. Physchan. (sens large) qui concerne les pulsions sexuelles

^{1,2,3} Définitions citées de l'Édition de 1986 du dictionnaire Le Robert. (1)

(sexualité), les régions du corps dont la stimulation provoque un plaisir érotique, y compris avant la puberté (stades oral, anal et génital. V. sexualité). »³ (1)

B. Organisation Mondiale de la Santé et Sexualité

En Janvier 2002, des experts internationaux se sont réunis à Genève pour travailler autour du domaine de la santé sexuelle. Ces journées furent organisées conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la World Association of Sexology (WAS).

Plusieurs définitions ont été publiées et notamment celle de la sexualité pour contribuer à la compréhension de son aspect santé. (2)

A la lecture de ces documents nous trouvons donc la définition de la sexualité comme suit :

« La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie, et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction.

La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Bien que la sexualité puisse inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément.

La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »⁴

Cette définition s'inscrit dans la continuité, de celle du Robert. La vie sexuelle biologique, physiologique et physique de l'humain est jointe ou conjointe à l'existence de l'homme dans une société. La sexualité est partie intégrante de l'être humain en tant que corps biologique, être doté d'une conscience et inscrit dans une société donnée. La sexualité ne peut se dissocier du social ou du culturel. Ainsi, pour Courtois R, la sexualité relève à la fois du privé, de l'intime, comme du collectif. (3)

II. Comprendre les sexualités contemporaines en France

A. Un tournant historique

⁴ Organisation Mondiale de la Santé, 2002. (2)

Pour appréhender le contexte politique, social et culturel dans lequel évolue la sexualité des Français aujourd'hui, un retour sur son histoire pourrait nous éclairer.

Le docteur Simon a mené une enquête sur les comportements sexuels des français dans les années 1970 et traite, en première partie de son rapport, de la sexualité à travers la société.

L'époque est alors bousculée par les mouvements militants féministes (entre autres) qui revendiquent l'égalité homme femme, l'accès à la contraception et à l'avortement. Grâce à une revue de la littérature des écrivains de son temps (Simone de Beauvoir, Kate Millet...), il en vient à la conclusion que les rôles masculin et féminin ne sont pas des postulats biologiques mais des données culturelles. Le rapport des genres est un conditionnement économique et social. La sexualité humaine en est fondamentalement impactée.

Ces idées nouvelles vont contribuer à la création de deux lois, qui vont marquer un tournant dans la sexualité des français et ainsi, distinguer sexualité et procréation. (4,5)

Le Mouvement Français pour le planning familial, créé en 1960, milite pour autoriser la contraception dans le but de limiter les avortements clandestins, potentiellement mortels et interdits par la loi. La légalisation de la contraception enflamme l'opinion publique. En plus d'être un enjeu médical, on s'inquiète de la démographie du pays et du problème moral d'avoir une sexualité disjointe de la procréation. Il faudra attendre 1967 pour que la loi Neuwirth autorise l'accès à une contraception, bien qu'elle ne soit réellement appliquée qu'en 1972.

Le Mouvement de Libération des Femmes (MLF) créé en 1970 et le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) créé en 1973, s'inscrivent dans la continuité du mouvement pour l'égalité des sexes et la liberté pour les femmes de disposer de leurs corps. Ils militent ainsi pour le droit à l'avortement libre et gratuit en France. C'est la loi Veil qui le légalisera en 1975. (5, 6,7)

Ainsi, il aura fallu attendre le milieu du XX^e siècle pour que les femmes puissent bénéficier d'un véritable statut social, professionnel et des droits politiques les libérant de l'aval masculin (père, mari, frère...). Cela leur a permis d'avoir une voix au chapitre de leur sexualité qui progressivement, et aujourd'hui encore, s'affranchit du poids des tabous sociaux. (7,8)

B. Les grandes études sur la sexualité des français du XX^e siècle

Plusieurs études ont été menées au XX^e siècle dans le but d'étudier les comportements sexuels des français.

Les travaux de Masters et Johnson sur la sexualité humaine aux Etats-Unis dans les années 1960, avaient été l'objet d'un véritable rejet de la communauté scientifique à l'époque, et qualifiés d'obscénités. Pourtant, ces écrits ont également été précurseurs et ont impulsé d'autres études scientifiques sur la sexualité.

Le rapport sur le comportement sexuel des Français du Docteur Pierre Simon évoqué précédemment, avait analysé en 1972 les comportements sexuels de 2 600 Français. Ce fut la première étude clinique et sociologique sérieuse en France rendant compte de ces données. L'étude avait pour but d'aider à comprendre ces comportements de manière à améliorer l'éducation et l'information « *du couple et de la famille* »⁵. (4)

Plus tard, en 1992, l'enquête « Analyse des Comportements Sexuels en France » (ACSF) fut menée auprès de 20 000 personnes, sous la responsabilité d'Alfred Spira et Nathalie Bajos. L'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), l'INED (Institut national d'études démographiques) et le CNRS (Centre national de la recherche scientifique) ont travaillé conjointement, grâce au financement entre autre de l'ANRS (Agence nationale de recherche sur le Sida). Les résultats de cette enquête ont contribué à élaborer les politiques de prévention de la transmission sexuelle du VIH. (9)

En 2006, parût l'enquête « Contexte de la Sexualité en France » (CSF) réalisée par l'INSERM et l'INED sous la responsabilité de Nathalie Bajos et Michel Bozon. Elle fut menée auprès de 12 364 personnes (hommes et femmes) âgées de 18 à 69 ans.

Les résultats dépeignent une évolution dans la société française qui se traduit au niveau de la sexualité.

L'épidémie de SIDA dans les années 80 et les progrès de la médecine concernant le traitement des patients infectés par le VIH, le renforcement de l'égalité entre les sexes et la précarisation de certains groupes sociaux font partie du contexte des années 2000 qui a modifié les comportements sexuels. Les déclarations des femmes montrent une évolution dans le sens d'une vie sexuelle de plus en plus diversifiée (hausse du nombre de partenaires déclarés, des rapports avec des personnes du même sexe, du répertoire des pratiques sexuelles, augmentation de l'activité sexuelle chez les femmes de plus de cinquante ans).

L'enquête CSF montre aussi une différence qui persiste entre les pratiques et les représentations de la sexualité des femmes et des hommes. Bien qu'une volonté d'égalité entre les sexes n'ait jamais

⁵ Pierre Simon, 1972 (4)

été aussi forte selon le rapport de l'INSERM, les différences de pouvoir hommes/femmes contribuent à une stigmatisation de la sexualité des jeunes femmes. Ce clivage semble s'accroître d'autant plus que le statut social est bas. (10,11)

III. Sexualité et Santé

A. Définir la santé sexuelle

En France, c'est la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (ou WHO, World Health Organization) qui est considérée comme la définition référente notamment par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). (12)

L'OMS travaille depuis 1974 sur la sexualité humaine et ses enjeux de santé. En 2002, elle établit plusieurs définitions : « sexe », « sexualité » (que nous avons évoquée précédemment), « santé sexuelle » et « droits sexuels », qui seront publiés dans un rapport en 2006 (13).

Ainsi, la définition de la « santé sexuelle » est donnée comme suit :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence.

Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. »⁶

En 2010, ces définitions sont mises à jour (14) dans l'idée que la santé sexuelle ne peut pas être promue sans le respect et la protection de certains droits de l'homme. L'OMS donne donc une définition des droits sexuels qui s'inscrit dans la continuité de la santé sexuelle. Ces droits permettent de s'exprimer et de s'épanouir dans sa sexualité tout en garantissant un accès à la santé.

La prévention des IST (Infection Sexuellement Transmissible), l'accès à la contraception, le droit à l'IVG, la protection des violences sexuelles et liées au genre, l'éducation à la sexualité, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, la promotion d'expériences sexuelles sans danger et satisfaisantes, la prise en charge des troubles sexuels et d'infertilité (etc...) sont des axes qui résultent de l'application des droits de l'homme à la sexualité et définissent ainsi la santé sexuelle. (12, 13,14)

⁶ Rapport de l'OMS, 2006 (13)

B. Aborder la sexualité : une démarche essentielle à la promotion de la santé

Selon l'OMS dans un rapport de 2015, l'intégration de la santé sexuelle aux traités, conventions et recommandations internationales est un enjeu majeur de santé publique.

L'OMS souhaite établir des recommandations nommées « Communication Brève en matière de Sexualité ou CBS » qui serviront aux professionnels dont le champ d'exercice est lié la santé sexuelle et reproductive. Le but est, in fine, de s'assurer qu'ils puissent communiquer sur des sujets de sexualité afin de promouvoir la santé de leurs patients, diminuer l'incidence d'IST, violences faites aux femmes, de grossesses non désirées. (15,16)

Cette volonté de l'OMS s'inscrit dans la volonté croissante de prendre en charge la santé de manière holistique et de considérer la sexualité comme une de ses composantes essentielles.

Plusieurs études ont d'ailleurs été menées en Angleterre dans les années 2000 pour analyser les pratiques des professionnels de santé (médecin, infirmière, sage-femme) en matière de sexualité et à en identifier les forces et faiblesses. Ainsi, des méthodes de communication ont vu le jour comme PLISSIT, Ex-PLISSIT, BETTER, permettant aux professionnels d'aborder les questions de sexualité avec leurs patients. (17, 18,19)

Parler de la sexualité n'est pas forcément chose aisée. C'est un sujet qui est considéré par la société comme tabou, encore aujourd'hui. (20, 21,22)

Le modèle BETTER (acronyme en anglais) a été fait à l'intention des praticiens pour pouvoir aborder et évaluer la sexualité des patients atteint de cancer.

Il s'agit premièrement d'évoquer la sexualité dans la conversation entre le praticien et le patient. Le professionnel explique ensuite que les impacts du cancer sur la qualité de vie notamment la sexualité sont des sujets importants, le patient peut donc se sentir libre d'en parler. Le patient doit être assuré que le professionnel se renseignera et l'orientera en fonction des plaintes mentionnées. Si le patient ne se sent pas à l'aise à un moment donné pour évoquer d'éventuels problèmes de sexualité, il doit savoir qu'il peut demander des informations à tout moment. Le praticien doit l'informer des effets secondaires du traitement contre le cancer. Le professionnel doit rendre compte de son évaluation dans le dossier médical. (18)

Un modèle comme celui-ci a pu aider nombre de professionnels à prendre en charge plus simplement une plainte sexuelle, ou encore à créer un contexte où le patient puisse avoir la liberté d'évoquer sa sexualité.

En outre, la position de la sage-femme, située au croisement des professions médicales, psychologiques et sociales, semble privilégiée pour aborder la sexualité. (22, 23,24)

IV. Sexualité, Périnatalité et santé des Femmes

A. Sexualité Périnatale

La période périnatale est une période pleine de bouleversements dans la vie d'une femme et d'un couple. En effet, la transition vers la parentalité est faite de multiples étapes, à la fois psychologiques et physiques, qui influencent grandement la sexualité des hommes et des femmes devenant parents. (25, 26, 27, 28,29)

La grossesse semble être marquée de manière générale par une tendance à une diminution de l'activité sexuelle dans un couple, particulièrement au début de la grossesse (nausée, fatigue, manque de désir) et au troisième trimestre. Certaines femmes peuvent a contrario ressentir un désir sexuel plus intense. (30) Cette étape de transition vers la parentalité est également empreinte d'une disparité de désir dans le couple. Les hommes seraient plus à l'initiative des rapports que les femmes, un déséquilibre qui se retrouverait également en post-natal (26,27).

L'enfantement en lui-même peut être parfois un moment mal vécu par un couple (accouchement traumatique, césarienne, nouveau-né qui ne va pas bien, rapport au corps difficile lors de l'accouchement...). Un stress post-traumatique peut alors survenir et impacter (entre autres) la vie sexuelle des partenaires. (25, 29, 31, 32)

La période post-natale comporte de nombreuses variables qui modifient la vie d'un couple.

Le délabrement périnéal semblerait être une cause d'un retard de reprise du coït après l'accouchement, en particulier si il y a eu une lésion du sphincter anal. (31, 33)

L'étude rétrospective de Signorello et al auprès d'une cohorte de femmes primipares, rapporte que les femmes, de manière générale, déclarent avoir moins de satisfaction lors des rapports sexuels et plus de difficultés à atteindre l'orgasme à 6 mois de l'accouchement. Les facteurs augmentant les dyspareunies en post partum semblent être les lésions périnéales (particulièrement celles du deuxième et troisième degrés et l'épisiotomie) et les accouchements instrumentaux 3 mois après. (34)

Une certaine appréhension, voire de la peur, peut entourer la reprise d'une vie sexuelle, (25, 35), notamment chez les femmes qui ont subi un délabrement périnéal. Les couples se préoccuperaient, selon l'étude de Pastore et Al, de savoir quand reprendre une vie sexuelle, de la contraception, et de l'impact sur la sexualité que peuvent avoir les modifications du corps suite à un accouchement. Il semblerait également que le désir de l'homme surpasse celui de la femme à un an du post-partum et que la femme s'inquiéterait de son image corporelle. (35)

Les nouvelles responsabilités allant de pair avec la naissance d'un enfant sont très prenantes et laissent peu de temps libre à un couple. La priorité revient souvent au nouveau-né, l'attention et les préoccupations de la mère y sont souvent concentrées. De plus, la période du post-partum est une période très fatigante physiquement pour les parents et en particulier la mère. Si l'intérêt pour la sexualité tend de manière globale à grandir au fil du temps, à 6 mois de l'accouchement, il semble plus bas pour les femmes qu'avant la grossesse. (25, 30, 32)

Il ne serait pas objectif de considérer la sexualité périnatale de manière manichéenne. Devenir parents est une expérience épanouissante pour beaucoup de couples (30, 32, 35). Il est cependant important de souligner les épreuves qu'un couple peut traverser dans sa vie intime à l'abord de la parentalité.

B. La sexualité des femmes à travers l'exemple de deux études quantitatives

Qu'en est-il de la sexualité des femmes ? Peu d'études se sont intéressées à la vie sexuelle des femmes bien portantes. La sexualité féminine est complexe et multifactorielle. (36, 37,38)

Rosen et al, grâce à une étude menée en 1993 sur 329 femmes âgées de 18 à 73 ans nous apporte quelques précisions. (36)

Les problèmes les plus fréquents décrits par les femmes étaient, pour 38,1 % d'entre elles, l'anxiété et le manque de lâcher prise pendant un rapport sexuel, un manque de plaisir chez 16,3% de l'échantillon, et enfin des difficultés à atteindre l'orgasme chez 15,4% de ces femmes.

Les plaintes qui revenaient également souvent sont une lubrification vaginale jugée trop faible et des douleurs lors des rapports sexuels.

Malgré ces plaintes, 68,6 % des interrogées considéraient comme « satisfaisante » leur vie sexuelle. Au niveau des pratiques, la plupart des activités sexuelles était des rapports vaginaux. La masturbation comme le sexe oral n'était pas pratiqués par environ la moitié de l'échantillon.

De manière générale, 69,9% des femmes interrogées considéraient la sexualité comme très importante dans leur vie.

Plusieurs variables ont été mis en rapport avec la sexualité.

Il a été retrouvé que la fréquence des rapports vaginaux, le sexe oral et le désir diminuait avec l'âge.

La pratique de la masturbation, a contrario, semblait indépendante de l'âge.

Le statut de la relation avait également une influence sur la sexualité. Les femmes en couple avaient plus de rapports sexuels et les femmes célibataires pratiquaient la masturbation plus fréquemment.

La fréquence des fantasmes n'était pas corrélée au statut de relation.

Les femmes ménopausées déclaraient ressentir une diminution de la lubrification vaginale. Elles avaient également moins de rapports sexuels et étaient plus sujettes au vaginisme.

Il n'a pas été retrouvé de corrélation entre l'appartenance à une religion (Judaïsme, Catholicisme, Musulmane) et la fréquence des rapports, les fantasmes, ou le sexe oral.

La masturbation et la fréquence des fantasmes semblaient plus élevée chez les femmes avec un niveau d'éducation élevé.

L'étude menée par Caremel en 2008 sur une population de 100 normandes via l'auto-questionnaire validé de 22 questions BISF-W, a considéré que ses résultats corroboraient entre autres les résultats précédemment exposés. (37)

La contraception est une mission importante des sages-femmes dans le suivi gynécologique de leur patientes. Lors d'une consultation faisant l'objet d'une demande de contraception, il est important d'interroger la sexualité (22). Une plainte sexuelle est parfois sous-jacente à un désir de changer de moyen de contraception.

L'étude de Duchêne-Pâton et Al en 2013 fut menée de manière prospective (22). Cent quatre vingt dix femmes âgées de 12 à 45 ans, non enceintes et ne souhaitant pas l'être ont répondu à un questionnaire diffusé en centre d'orthogénie et sur internet.

Tout d'abord, il est intéressant de relever que selon les auteurs, un des freins de cette étude était dû, entre-autres, à la limitation d'accès aux questionnaires par les professionnels. Ces derniers avançaient l'argument de la crainte de choquer certaines patientes ou la gêne personnelle à évoquer la sexualité. Les auteurs posaient ainsi la question de parler simplement de sexualité et de la possibilité d'entendre d'éventuels troubles sexuels pour les professionnels de santé.

Concernant la contraception (tous moyens confondus), la majorité des femmes avait fait leurs choix en rapport avec leur sexualité. Certaines femmes avaient exprimé une baisse de leur satisfaction sexuelle lorsqu'elle utilisait une contraception oestroprogestative due à une baisse du désir, une diminution de la lubrification ou encore des dyspareunies et des spotting. Les auteurs constataient par ailleurs, que seules 28,1 % des patientes avaient parlé de sexualité avec le professionnel de santé lors de la consultation alors que 40% d'entre elles voyaient un bénéfice à en discuter.

V. Sages-femmes et Sexualité

Les sages-femmes sont des professionnels de santé que leur métier place au cœur des problématiques intimes des femmes. Comment sont-elles formées aux questions de la sexualité des femmes et des couples ? Dans quelle mesure parler de sexualité est une mission où elles ont un vrai rôle à jouer ?

A. Formation des étudiants sages-femmes en sexualité

La formation d'une sage-femme débute aujourd'hui par la première année commune aux études de santé (PACES) selon l'Arrêté du 28 octobre 2009. Les étudiants admis, peuvent suivre leur formation au sein d'une des 35 écoles de sages-femmes. La formation initiale dure en tout 5 ans selon le schéma européen de l'enseignement supérieur (LMD – Licence Master Doctorat) (39).

La lecture des textes législatifs nous renseigne sur le programme de formation des étudiants en maïeutique.

L'arrêté du 11 Mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état de sage-femme mentionne différentes compétences à acquérir en matière de sexualité. L'étudiant doit apprendre à favoriser le dialogue autour de la sexualité et pouvoir répondre ou orienter en cas de plaintes émises, notamment lors d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention. L'objectif de la formation initiale est également à terme, de savoir organiser et animer une séance collective auprès d'adolescents sur la sexualité, la contraception et les IST. (40)

En résumé, la sage-femme est selon la loi, formée à avoir des connaissances en matière de sexualité et à pouvoir aborder le sujet avec les différents interlocuteurs qu'elle prend en charge.

Ainsi décrites par la législation en vigueur, ces compétences servent de références pour les sages-femmes enseignantes et directrices. Le but étant de garantir un enseignement de qualité « *tout en répondant aux enjeux de santé publique et aux besoins des usagers en matière de santé périnatale et génésique* »⁷ comme l'indique le site web de l'ordre des sages-femmes. (41)

L'arrête du 11 mars 2013 « oriente » également l'équipe pédagogique concernant les modalités d'enseignement permettant garantir l'acquisition de ces compétences. Il mentionne que

⁷ Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, 2015 (41)

l'apprentissage serait favorisé par des « étude de cas, analyse pratiques, ateliers réflexifs » via une « approche intégrant des données factuelles d'article scientifiques ». Les enseignements prennent la forme de « des cours magistraux, des enseignements dirigés et pratiques » et peuvent être « dispensés par des chercheurs ou doctorants ou construits sur la base de résultats de recherche et de bibliographies actualisées ». ⁸

L'article 6 de l'Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, mentionne que l'organisation de l'enseignement est « définie par les instances compétentes des structures assurant la formation »⁹. (42)

Ainsi, c'est l'équipe pédagogique de chaque école de sage-femme de France qui, selon le programme établi, organise les enseignements prodigués dans ses structures, en accord avec le programme national. Les étudiants sages-femmes auront donc après le diplôme d'Etat une formation, notamment en matière de sexualité, différente selon le lieu de formation.

B. Les formations après le diplôme d'Etat de Sage-Femme

1. Formation continue

La loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, fait du développement professionnel continu (DPC) une obligation pour les sages-femmes. L'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en évaluant les pratiques et en perfectionnant les connaissances. (43)

Le DPC est piloté par l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) créée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016. (44) Cette agence a pour mission d'évaluer et de contrôler les organismes souhaitant proposer des actions de DPC aux sages-femmes, ainsi que des missions de financement de ces actions comme l'explique le site web de l'ordre des sages-femmes.

Une simple simulation de recherche internet sur le site de l'ANDPC nous apprend que des formations traitant de sexualité sont proposée, aux sages-femmes. Par exemple un des organismes proposant de telles formations est le CIFRES (Centre International de Formation et de Recherche En Sexualité). Une sage-femme devant effectuer ses formations de DPC obligatoires peut donc tout à fait choisir une formation traitant de sexualité si elle le souhaite.

⁸ République Française, 2013 (41)

⁹ République Française, 2011 (42)

2. Autres Formations

Une liste de formations publiées sur le site internet du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (46), indique aux professionnels les formations diplômantes qu'ils peuvent effectuer. Seules ces formations peuvent être mentionnées dans leur statut, conformément aux articles R.4127-339 et R.4127-340 du code de la santé publique (45). Il existe entre autres, des formations en sexologie. Plusieurs formations sont possibles : des Diplômes Universitaires (DU) ou des Diplômes Interuniversitaires (DIU). Par exemple l'université Paris V propose aux sages-femmes et à d'autres professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues, psychomotriciens) un DIU dont la formation dure 3 ans et qui est sanctionné par un examen national. Le but de cette formation est de donner les connaissances théoriques et cliniques permettant d'évaluer, diagnostiquer et prendre en charge une difficulté sexuelle. Les titulaires de ce diplôme pourront se prévaloir d'une formation en sexualité humaine.

Partie 2 : Matériel et méthode

I. Problématique

La sexualité est une composante intrinsèque et essentielle de la santé. Les droits de l'homme sont garants de la santé. Ils protègent les libertés et la dignité individuelle et collective, et donc par extension la santé sexuelle.

La deuxième moitié du XX^e siècle a apporté avec elle une véritable place sociale, culturelle et politique pour les femmes, les rendant actrices de leurs vie et leur conférant un pouvoir décisionnel au niveau de leur sexualité.

Ces évolutions ne doivent cependant pas être prises pour acquises. C'est pourquoi les professionnels de santé et les organisations de défense de ces droits, considèrent la sexualité des femmes comme un véritable enjeu de santé publique pour ses applications dans des domaines multiples (périnatalité, IST, violences etc...).

Garantir ces droits passe au quotidien notamment par l'écoute des femmes dans les établissements de santé. Ainsi, la disponibilité des professionnels à parler de sexualité simplement, leur connaissance des principales difficultés et leur capacité à orienter les patients, permettent une prise en charge adaptée.

Les sages-femmes, de par leur formation et leur métier, à la fois médical, social et psychologique s'avèrent être des interlocuteurs de première ligne pour les femmes.

Nous allons chercher à savoir à travers notre étude : Comment les sages-femmes libérales abordent-elle la sexualité avec leurs patientes ?

II. Objectifs et Hypothèse

A travers la revue de la littérature, nous pouvons voir qu'aborder la sexualité est plus complexe que d'autres sujets.

Dans le monde médical, la sexualité tend à se faire une place en tant que composante du bien-être et de la santé de chacun.

Ainsi l'hypothèse que nous pouvons faire à l'issue de cette revue est la suivante :

- Les sages-femmes libérales pourraient améliorer leur communication sur le thème de la sexualité humaine avec leurs patientes

L'objectif principal de l'étude est d'analyser les manières avec lesquelles les sages-femmes communiquent avec leurs patientes sur les sujets relatifs à la sexualité et la santé sexuelle.

L'objectif secondaire est de déterminer s'il existe, pour les sages-femmes libérales, des éléments pouvant nuire à aborder la sexualité avec leurs patientes.

III. Description de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative qui s'est déroulée du 3 Octobre 2019 au 26 Mars 2020.

A. Outil méthodologique

Des entretiens semi-directifs de 45 minutes à 1 heure ont été menés par téléphone principalement (contexte COVID-19) et par rencontre physique.

Le questionnaire comportait 19 questions. La première partie est constituée de données d'ordre général tel que l'âge ou encore le nombre d'années d'exercice. La deuxième partie est constituée de réponses à choix multiples encouragée à être justifiée, et de questions ouvertes. Le questionnaire a été construit en s'inspirant des modèles de communication en matière de sexualité BETTER, EXPLISSIT et de « Communication Brève en matière de Sexualité » (CBS) de l'OMS.

Nous avons contacté par mails et messages écrits et téléphoniques 37 sages-femmes répondant à nos critères d'inclusion dont nous avons obtenu les coordonnées professionnelles via le site « web www.sages-femmes-idf.fr ».

Lorsque les sages-femmes souhaitaient participer à l'étude, elles recevaient par mail le questionnaire qui allait servir de fil conducteur pour l'entretien. L'objectif de cette démarche était qu'elles puissent s'en imprégner et y réfléchir au préalable.

Elles ont par ailleurs toutes été informées de l'anonymat strict de leurs réponses.

B. Population ciblée

Nous avons décidé de nous intéresser particulièrement aux sages-femmes libérales pour deux raisons.

Tout d'abord, il semble qu'interroger des sages-femmes ayant des pratiques différentes comme l'hospitalier et le libéral pourrait fausser les résultats. En effet ces exercices comportent des temps et des rythmes différents et rend leur juxtaposition difficile.

Ensuite, centrer la population sur les sages-femmes libérales semblait plus judicieux pour traiter du sujet en question. Il semble que leurs pratiques soient conditionnées par leurs visions du métier, de ses différents aspects et ne nécessitent pas de s'adapter à une structure hospitalière ayant ses impératifs propres (« culture » et « habitudes » du service, protocoles en vigueur, nombre de patientes etc...).

Pour nous permettre d'avoir une population dont la seule variable serait le sujet de notre étude, nous avons donc décidé de spécifier les critères d'inclusion comme suit :

- Exercice libéral exclusif
- Sages-femmes ayant fait leurs études en France
- Proposant les activités suivantes : Suivi médical de grossesse, Préparation à la Naissance et à la Parentalité, Suivi des suites de couches, Suivi gynécologique, rééducation périnéale

Ces champs d'exercices nous semblaient essentiels. En effet, ils permettent d'accéder à une population de patientes à tous les moments de leur vie et donc dans des situations diverses pouvant mettre en jeu leur santé sexuelle.

Le critère d'exclusion était d'avoir un diplôme en sexualité (DU ou Master de sexualité humaine par exemple) toujours dans le souci de pouvoir comparer les sages-femmes participantes à l'étude.

IV. Stratégie d'analyse et variables étudiées

Nous allons analyser les entretiens à l'aide du logiciel Excel pour classer et regrouper par thème les dires des sages-femmes. Nous avons ainsi élaboré les 7 catégories suivantes à partir de la grille d'entretien et correspondant aux variables qualitatives que nous allons étudier :

- Définition personnelle de la santé sexuelle et sexualité
- Perception de la place de la sexualité en France et dans le milieu médical
- Nécessité d'aborder le sujet de la sexualité – Avec qui ? A quel moment ? Pour quelle(s) raison(s) ?
- Emotions ressenties pendant l'échange
- Méthodes personnelles développées pour aborder la sexualité et la santé sexuelle
- Freins à communiquer sur des sujets de sexualité et la santé sexuelle
- Connaissances – Sources et appréciations

Pour décrire la population de l'étude, nous allons utiliser le logiciel GoogleForms afin d'avoir les proportions de notre population dans les variables quantitatives suivantes :

- Âge
- Nombre d'années d'exercice

Partie 3 : Résultats et Analyse

I. Description de la population

Nous avons mené à terme 8 entretiens. Sur les 37 sages-femmes contactées, seulement 12 ont répondu positivement à la participation à l'étude, 2 ont répondu négativement et 15 n'ont jamais répondu. Sur les 12 sages-femmes qui souhaitaient participer à l'étude, 4 ont été perdues de vue et n'ont pas donné suite à nos relances. Ainsi, nous avons eu un taux de participation de 21,6 %.

Nous avons pu interroger au total 8 sages-femmes libérales, sept femmes et un homme.

Nous avons résumé les informations générales des sages-femmes interrogées dans le tableau ci-dessous.

	SF 1	SF 2	SF 3	SF 4	SF 5	SF 6	SF 7	SF 8
Années d'exercice	11	2	9	1	2	12	27	3
Age	34	27	34	26	27	37	49	28

II. La perception de la place de la sexualité par les sages-femmes interrogées

Quelques statistiques de l'étude que nous avons menée semblent intéressantes pour comprendre la perception des sages-femmes en matière de sexualité.

25 % des sages-femmes interrogées considèrent que la sexualité aujourd'hui en France est « taboue ». Si aucune ne la considère comme un sujet banalisé, la plupart s'accordent à dire qu'il existe une véritable ambivalence sociétale sur la question.

La sexualité selon notre population est très médiatisée et très accessible, notamment pour les jeunes publics. « *C'est quelques chose que l'on voit assez souvent dans les pubs, à la télé...* » ; « *Dès le plus jeune âge, les jeunes ont accès aux images pornographiques, dans les films, les séries. Ils sont harcelés d'images de sexe* » ; « *Il y a du sexe partout !* » s'exclame l'une d'elle.

Mais en opposition, la sexualité ferait partie du domaine de l'intime : « *la sexualité a quelque chose de très intime et privé* » ; « [la sexualité] *c'est quelque chose qui reste dans l'intime* »

Un sujet intime donc, qui s'opposerait à un dialogue simple et ouvert : « *ce n'est pas facile d'en parler...surtout dans les familles, avec les parents, on va plus en parler avec les copines* » ; « *je pense que dans notre éducation on en parle pas facilement* » ; « *il n'y a pas de passage de l'info entre adulte et enfant, adolescent* ».

En parallèle, selon l'une des personnes interrogées : « *la société impose beaucoup autour de la sexualité* », et il existerait une « *notion de performance [...] tout un tas de choses faisables ou non sexuellement* » ajoutant un poids supplémentaire à la difficulté de parler d'un sujet dont on perçoit en permanence les stéréotypes.

Nous avons posé la question aux sages-femmes de savoir si elles considéraient que la sexualité est un sujet qui a une place importante ou non dans le cadre médical. Le résultat est sans équivoque car 100% de notre population a choisi l'item « peu abordé ». Il est donc intéressant de savoir si ce même paradoxe sociétal autour de la sexualité se retrouve dans le milieu médical.

Plusieurs sages-femmes ont effectivement qualifié de « taboue » la sexualité dans ce secteur : « *J'ai plutôt l'impression qu'entre un soignant et un patient c'est tabou* » ; « *Il y a encore un gros tabou la dessus dans la relation médicale* ».

De cela, semblerait résulter des plaintes peu entendues : « *Le nombre de patientes qui ont des problèmes et qui n'en n'ont jamais parlé à un gynéco par exemple...* » S'exaspère l'une d'elle. Une autre dit : « *c'est abordé de manière robotique [...] peu importe la réponse de la patiente* ».

Ce qu'on en comprend ici, c'est que le milieu médical serait impacté par un tabou socio-culturel en matière de sexualité. Des éléments, qui restent à déterminer, impactent le discours d'un milieu dont on attend l'impartialité, comme l'évoque une sage-femme : « *cette attente qu'on a par rapport au soignant qui doit être le plus neutre possible* ».

Lorsque nous leurs avons posé la question la majorité, 62,5% d'entre elles, ont l'impression d'aborder « souvent » la sexualité avec leurs patientes contre 37,5 % « parfois ». Elles sont en outre 12,5 % à ne jamais être sollicitée par leurs patientes sur ce sujet, 37,5 % « parfois » et 50% « souvent ».

De ces répartitions-ci nous pouvons en déduire deux choses sur notre population :

- Toutes les sages-femmes abordent la sexualité dans leur pratique.
- Les sages-femmes abordent la sexualité plus fréquemment que leurs patientes ne leur en parlent.

III. Création d'une relation de confiance

A. Bien communiquer

Nous avons pu classer par fréquence d'apparition les groupes de mots qui définissaient selon les sages-femmes de l'étude une « bonne communication » en matière de sexualité. Cinq sur les 8 interrogées ont répondu : « l'écoute » ; « être attentif » ; « montrer sa disponibilité ». A la même fréquence, se trouvent « le non jugement » et « le respect ».

Ces deux types de comportements semblent donc être importants pour pouvoir aborder la sexualité de manière optimale.

Vient ensuite la « bienveillance » ; « la confiance » / « création d'un espace de confiance » et enfin le « temps » / « la patience ». Ces groupes ont été cités chacun par 3 sages-femmes différentes.

Nous voyons donc ici que l'attitude que les sages-femmes adoptent lorsqu'elles parlent de sexualité possède des caractéristiques particulières. En effet, celle-ci semble décrite comme une posture réceptive, inspirant la confiance à la patiente. L'objectif est de créer un cadre propice à la discussion sur des sujets appartenant à la sphère de l'intime.

B. L'importance de la posture professionnelle

L'OMS recommande en effet de créer une relation de confiance avec le patient. Dans notre étude, nous nous sommes rendu compte - au travers des entretiens - que la posture du professionnel est un élément capital de la démarche.

Une sage-femme nous dit qu' « *il faut regarder la personne, montrer qu'on est dans une relation d'égal à égal, montrer son intérêt par sa posture physique* ».

C'est un langage non verbal qui s'établit alors : « *Il y a des jours où je ne suis pas d'humeur et je n'ai pas envie d'écouter les angoisses des femmes et c'est jours là où, je me ferme – Surprise ! - Elles ne me racontent rien* » ; « *Quand on est pressé et qu'on en parle pas : les patientes, elles n'en parlent pas* ».

Cette idée que le soignant puisse ne pas être toujours réceptif pourrait être un frein évident. Parler de sexualité avec ses patients semble donc partir d'une volonté, d'une démarche propre à chacun. Comme le dit l'une d'elle « *il y a pas mal de patientes qui me disent que le gynéco était horrible il n'était pas à l'écoute...Je leur dit que ce n'est pas toujours facile : on est des êtres humains face aux émotions des autres* ».

Parler de sexualité semble sujet au « bon vouloir » du professionnel. C'est peut-être ici aussi la particularité de la sexualité. Elle semble être considérée comme en marge de la santé. Pourtant selon l'OMS elle en fait partie intégrante, comme nous l'avons vu en première partie.

Une autre composante s'est dessinée lors des entretiens : les sages-femmes cherchent à s'adapter à la personne en face d'elle pour parler de ce sujet. Comme le dit l'une d'entre elle : « *il faut que je le sente en fait, que ce soit le bon moment* ». Cela corrobore l'hypothèse que la réceptivité et la sensibilité à aborder la sexualité, est la première condition *sine qua non* à la discussion.

S'adapter à la patiente semble important pour créer cette relation de confiance : « *Il faut s'adapter à la femme, adapter son langage, ne pas être gênée, tourner la question de manière douce et pas frontale* ». Ou encore : « *c'est au feeling de la patiente, comment je la sens devant moi si c'est quelqu'un de timide ou pas et cætera* », « *il faut d'abord qu'elle ait confiance, l'objectif c'est qu'elle soit en zone libre pour parler* ».

C. Etre face à l'Autre

En interrogeant les sages-femmes sur les situations où elles avaient eu du mal à créer cette relation de confiance, à montrer leur réceptivité et leur neutralité, nous nous sommes rendu compte d'une particularité.

En effet, le moment où elles avaient éprouvé une gêne à aborder la question, est quand elles étaient face à une personne très différente d'elle-même.

Nous avons pu remarquer cela sur la question de la religion tout d'abord. A l'item de la question 10 « La patiente présente des signes d'appartenance religieuse ostentatoires » (cf. questionnaire en annexe) l'une des interrogée nous a répondu : « *c'est typiquement le genre de situation où je suis gênée malheureusement. Ça me demande plus d'effort car j'ai des convictions assez libérales* ». De même à l'inverse pour l'item « le praticien est de confession religieuse particulière » nous avons eu la réponse suivante : « *il doit surement orienter son discours soit, en tout cas, l'adapter à ses convictions* ».

Sur l'élément seul de la religion, nous n'aurions peut-être pas fait le lien entre la difficulté de parler de sexualité et être face à quelqu'un de très différent de nous-même.

Nous l'avons remarqué sur les éléments suivants que nous allons détailler par la suite :

- L'âge
- L'identité de genre

- L'orientation sexuelle
- Le handicap
- Les pratiques

L'âge des sages-femmes interrogées était globalement autour de la trentaine. Lorsque nous leur avons demandé s'il est important d'aborder la sexualité avec une femme qui traverse la période de la ménopause, 50% ont répondu par l'affirmative. Nous avons relevé plusieurs témoignages sur le vécu de l'écart d'âge.

« Dans chaque interaction on est plus ou moins à l'aise en fonction des patientes. En face notamment des femmes plus âgées, moi perso, je ne me sens pas super confortable, je ne sais pas trop pourquoi – rires. »

« Ménopause : je pose la question mais je me rends compte que je ne suis pas super à l'aise j'ai beau être formée, ça me paraît très loin et je ne suis pas toujours à l'aise dans leurs demandes ».

L'identité de genre a été mentionnée une seule fois et de manière spontanée : *« Pour les personnes transgenres, je ne saurais pas du tout quoi dire si elle me dit ' je me sens plus homme' par exemple ».*

L'orientation sexuelle a été mentionnée plusieurs fois et spontanément également.

« Une jeune fille qui dit qu'elle se sent plus attirée par les filles, je ne saurais pas forcément quoi lui répondre. Je ne me sentirais peut-être pas aussi à l'aise d'en parler... Dans le sens où je ne me suis pas posé cette question-là, j'aurais moins de réponse. Parce que je ne connais pas en fait, tout simplement. »

Dans cette situation où la sage-femme est confrontée à quelque chose qu'elle n'a pas vécu, nous pouvons faire l'observation suivante. Lorsqu'elle est dépourvue de « feuille de route » ou d'une sensibilisation professionnelle à ces sujets, elle en appelle à sa sensibilité personnelle. C'est ici que le malaise semble intervenir et pourrait impacter négativement la possibilité d'aborder la sexualité sous l'angle en question.

Le handicap fait partie des items proposés à la question 10. Sept sur 8 ont répondu que cela pourrait impacter le fait d'aborder la sexualité. Le fait que la sexualité des personnes handicapées soit taboue a été mentionné à deux reprises.

« Il y a aussi un gros tabou sur le handicap. Même si ça dépend du handicap mais on ne va pas en premier lieu parler de sexualité avec une patiente handicapée. Moi, c'était une femme qui avait un

retard mental et quelques problèmes sur le plan moteur et qui était accompagnée de sa mère, donc autant te dire que je n'ai pas parlé de contraception. »

« Oui j'étais gênée, c'était une consultation pour demande de contraception d'une patiente trisomique ».

Une certaine gêne semble apparaître également si les pratiques de la patiente heurtent le praticien. Nous avons retranscrit plusieurs situations entendues.

Sage-femme : *« J'ai eu une fois en consultation deux sœurs et elles me parlaient de...-rires- « Fist Fucking », comme quoi c'était quelque chose qu'elles faisaient, enfin séparément quoi...bref c'était beaucoup trop intime, moi j'ai changé de sujet »*

Nous : *« C'est une pratique qui pourraient comporter des risques ? »*

Sage-femme : *« Euh...ouais c'est vrai – rires- mais bon c'est leur vie, elles font ce qu'elles veulent ».*

Deux autres sages-femmes nous ont évoqué leur gêne face à une autre patiente : *« J'ai eu une dame de soixante ans qui avait plusieurs copains, j'étais surprise, ça m'a fait bizarre quoi – rires » ; « Enfin après j'ai déjà eu une patiente qui me raconte des choses qui était quand même extrême, des pratiques particulières quoi...-rire gêné- mais bon elle était spéciale quoi. ».*

Par ailleurs certaines sages-femmes ont témoigné avoir plus de facilité à aborder la sexualité lorsqu'à l'inverse la patiente avait des éléments communs à elle-même.

« Mes patientes je les connais, on a le même âge, elles habitent à côté de chez moi. Généralement elles ont eu mon contact sur des sites qui répertorient des professionnels de santé féministe et friendly-plein-de-choses, donc on a souvent des visions des choses un peu pareil quoi. [...] J'en parle beaucoup avec mes patientes [de sexualité] c'est un sujet qui ne me fait pas du tout peur ».

En résumé, toutes les sages-femmes de l'étude ont évoqué la nécessité d'une posture professionnelle à adopter lorsqu'elles veulent parler de sexualité. La bienveillance, le non-jugement, la confiance et l'écoute semble être des capacités qu'elles ont à cœur de mobiliser.

Il semblerait donc que d'aborder le thème de la sexualité soit sujet à une démarche qui ait comme point de départ la volonté du professionnel de santé.

Par ailleurs, il nous a semblé qu'il était plus facile pour elles de créer un cadre propice pour aborder la sexualité lorsque que ces patientes leurs sont « familières ».

IV. Contenu et déroulement de l'échange

Nous allons maintenant analyser le contenu et le déroulement de l'échange entre les sages-femmes interrogées et leurs patientes sur la sexualité.

A. Débuter la conversation

Nous avons demandé aux sages-femmes comment elles débutaient la conversation lorsqu'elles souhaitaient aborder la sexualité avec leurs patientes.

- La plupart commence par poser une question relative à la sexualité :

« Je demande clairement mais pas dès le début, plutôt vers le milieu ou la fin de la consult' »

« Je pose la question simple de manière naturelle »

- On a constaté qu'elles utilisaient le contexte pour introduire le sujet :

« En général, je commence par exemple sur la rééducation du périnée par 'est-ce que vous avez repris les rapports ?' »

« Je demande d'abord si elles sont en couple, si les rapports sexuels se passent bien, s'il y a des douleurs »

« Je demande si elles ont des rapports et j'enchaîne sur si elles sont satisfaites »

- Il existe aussi le cas où la patiente ne pose pas de question relative à la sexualité. Les sages-femmes interrogées nous parlé de leurs réactions dans cette situation :

« Je n'en parle pas si elles n'en parlent pas »

« Si ce n'est pas ce qui l'amène j'en parle pas...enfin bon, parfois il faudrait »

« C'est quand les patientes en parlent que j'en parle aussi, je n'ai pas envie d'être trop intrusive ou de les gêner. Si elles veulent en parler elles me poseront la question »

« J'avoue si la patiente n'en parle pas...bon ! – rires »

« C'est mieux d'attendre que la femme en parle, ça sert à rien de la brusquer sur des sujets sensibles. »

Elles sont ainsi 5 sur 8 à laisser généralement la patiente poser ses questions relatives à la sexualité avant d'aborder elles-mêmes le sujet. Ce taux contredit celui annoncé en tout début de questionnaire. En effet, elles avaient le sentiment d'aborder la sexualité plus fréquemment que leurs patientes, ce qui dans les faits, ne se relève pas forcément vrai.

B. Face au refus de la patiente

Dans la situation où la sage-femme a abordé la sexualité face à une patiente qui refuse d'en parler, aucune ne dit insister.

« Je n'insiste pas, forcer c'est hyper contre-productif et brise la relation de confiance »

« Je n'ai pas envie de mettre mal à l'aise, d'être intrusive ou de les gêner donc je n'insiste pas »

« C'est contre-productif de forcer à parler de sujet intime, c'est comme pour les violences parfois elles ne veulent pas en parler même si tu sens qu'il y a quelques chose. C'est délicat, il ne faut pas rompre le lien de confiance »

Selon les sages-femmes interrogées, insister face à un refus pourrait mettre en péril le lien établi avec la patiente. Certaines ne s'arrêtent pas cependant net dans leur démarche. En effet, deux nous ont dit qu'elles donnaient des informations qu'elles considéraient comme essentielles, même si la patiente ne souhaite pas partager son vécu.

« Je donne des guides en disant qu'il y a plein de réponses dedans, je laisse l'info dispo »

« Je donne des infos qui me semblent nécessaire »

Le maintien d'une relation de confiance est important pour plusieurs sages-femmes. Elles considèrent qu'une fois le sujet abordé, elles sont identifiées comme une personne à qui la patiente peut se confier.

« S'il y a besoin de compléter, je leur dis que je suis dispo [...] Parfois elles reviennent plus tard »

« Le fait de poser la question, elles savent qu'on est une personne à qui elles peuvent revenir parler »

« Il faut montrer que la porte est ouverte, et aussi que je ne serai pas intrusive ou dans le jugement ».

C. Oser dire les mots

Nous nous sommes rendu compte au fil des entretiens qu'alors même que étions en train de questionner les sages-femmes sur la façon dont elles parlaient de sexualité avec leurs patientes, certains mots n'étaient pas prononcés et/ou désignés de manière vague.

Très souvent, les mots qui reviennent dans ce contexte sont les mots « Infection Sexuellement Transmissible ou IST » et « Contraception ». Nous avons donc compté le nombre fois où les mots suivants ont été prononcés toutes participantes confondues :

- « Contraception » : 14 fois

- « Infection Sexuellement Transmissible » ou « IST » : 12 fois
- « Désir » : 4 fois
- « Orgasme » : 1 fois
- « Dyspareunie » : 1 fois
- « Libido » : 1 fois
- « Lubrification vaginale » : 2 fois

Ce constat semble résulter du climat ambiant que décrivent les sages-femmes lorsqu'elles parlent de sexualité.

« Parler de préliminaire, lubrification, je ne sais pas tellement quoi dire, est ce qu'elle va être gênée aussi de parler de préliminaires ? »

« Une légère appréhension à aborder certains sujets : c'est tout ce qui est partenaire multiplie par exemple, et suivi gynéco chez les patientes un peu jeunes : risque d'IST, risque de violences, notamment c'est toujours gênant de leurs dire qu'elles peuvent dire « non » n'importe quand à n'importe quelle moment. Aborder le préservatif, les modes de transmissions des IST, les risques buccaux, faut aussi qu'elles se protègent. Donc ça j'aurais une petite appréhension à en parler...»

En effet ces sages-femmes ont exprimé une gêne à parler concrètement de sexualité avec leurs patientes, et par cela nous entendons à utiliser le champ lexical de la sexualité et de la santé sexuelle.

Il est difficile de savoir si cette difficulté est un frein réel à parler de sexualité. Nous pourrions imaginer qu'en utilisant des mots différents, elles pourraient parvenir à se faire comprendre. Cependant ceci s'ajoute à la liste des raisons pour lesquelles la sexualité est un sujet tabou jusque dans les termes nécessaires d'employer pour l'aborder.

D. Autres freins à aborder la sexualité

Parmi les items proposé à la question 10, certains ont été plus décrit comme impactant la démarche de parler de sexualité avec une patiente que d'autres.

C'est donc à l'unanimité que les sages-femmes considèrent que le manque de temps est un frein.

« Sur un beau bouquin il faudrait que j'en parle tout le temps. Mais je ne peux pas, je ne peux pas et je le déplore. Ça fait partie des trucs qui m'énervent quand je bosse de ne pas pouvoir en parler mais c'est aussi un problème d'argent, le temps mine de rien c'est de l'argent, voilà. »

« Le manque de temps pourrait faire sauter la question oui... »

« La sexualité est relayée au second plan souvent comme les violences [...] si t'es en retard sur la consult' et qu'elle te répond oui j'ai des soucis, tu fais quoi?! »

« Si on doit parler de plein de choses sur le plan médical pendant la consult', la sexualité va passer à la trappe ».

De même lorsque la patiente ne parle pas français elle n'aborde pas ou très difficilement la sexualité à l'unanimité : *« c'est embêtant », « ça prend du temps », « c'est trop compliqué ».*

Nous avons évoqué précédemment l'idée que la sexualité était un sujet qui serait abordé selon la volonté du praticien. Lorsque l'on a demandé à la sage-femme si le fait que le praticien ait des convictions personnelles arrêtées en la matière pourrait être un frein, elles sont 6 sur 8 à nous avoir répondu par l'affirmative.

« Il existe en matière de gynécologie un gros pan de professionnels encore un peu paternalistes, avec tout un système patriarcal qui mine de rien ont des convictions sur ce qu'une femme doit faire...sur la contraception, en fonction de l'âge, le nombre d'enfants et cætera...»

« Quelqu'un qui serait pudique peut-être ne poserait pas la question »

« Personne n'est parfait donc je pense que oui, pour moi je n'espère pas, mais ce n'est pas à moi de le dire. On n'est pas des robots. Peut-être qu'il y a des choses qui débordent »

Ces mots nous confirment le caractère « professionnel dépendant » à aborder la sexualité. C'est un élément que l'on peut effectivement considérer comme un véritable frein et qui s'applique peut-être à d'autres aspects d'une prise en charge.

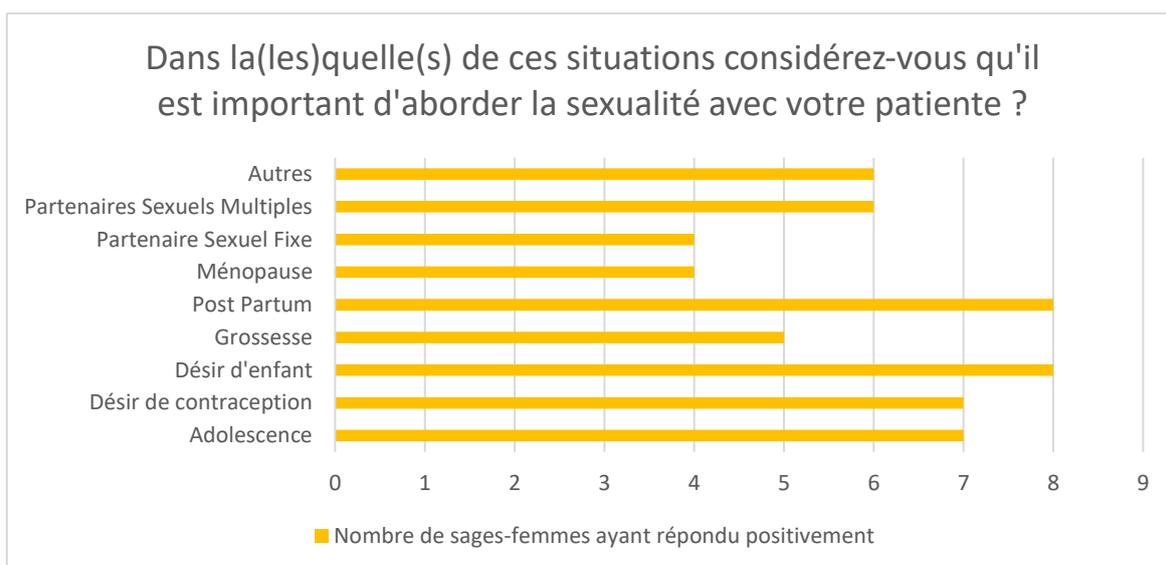
Comme l'a dit une des sages-femmes : *« il faut surtout que les convictions s'adaptent aux femmes ».*

V. Aborder la sexualité : personnes ciblées et implications

A. Quand en parler ?

Nous avons cherché à déterminer les moments où la sage-femme identifiait un besoin ou une nécessité à aborder la sexualité avec sa patiente. Elles pouvaient choisir plusieurs items définissant la situation de leurs patientes et justifier leurs choix à la question 7.

Le post-partum et le désir d'enfant ont été désignés par toutes les sages-femmes de l'étude comme étant des temps nécessitant d'aborder la sexualité avec leurs patientes. Elles ont été 87,5 % à désigner l'adolescence et la contraception, situations qui arrivent donc en deuxième position. La rééducation du périnée a été citée spontanément à la même fréquence sans être un des items proposés. Nous avons ensuite à 75% les femmes ayant des partenaires sexuels multiples, les femmes enceintes à 62,5% et enfin la ménopause et les femmes ayant un partenaire sexuel fixe à 50%.



Après avoir passé en revue les différents items, il est intéressant de constater qu'elles sont 5 sur les 8 interrogées à avoir déclaré que toutes ces situations présentaient une nécessité à aborder la sexualité.

B. Situation et nécessité de parler de sexualité

Nous avons comparé les justifications apportées par les sages-femmes selon les différentes situations et certains liens nous ont interpellés.

Le premier concerne le nombre de partenaires sexuels.

Nous l'avons vu précédemment, elles sont 50% à considérer qu'il est nécessaire d'aborder la sexualité avec une patiente ayant un partenaire sexuel fixe contre 75% lorsqu'elle en a plusieurs.

Dans le premier cas, elles ajoutent qu'aborder la sexualité est « *moins important* » ou « *j'en parle pas spécialement* ».

Dans le cas où la patiente a des partenaires sexuels multiples, les justifications montrent un autre engouement à aborder la sexualité : « *oui là j'en parle ça me semble important par rapport aux IST* », « *Oui du coup là ça revient à l'adolescence, les IST et cætera...* ».

En outre l'item adolescence a été choisi en grande majorité par les sages-femmes et est justifié comme suit : « *oui pour la contraception et les IST, surtout les jeunes peuvent avoir des comportements à risques* » ; « *les ados sont plus à même d'être dans situations où elles prennent des risques quoi* ».

Ce que l'on comprend ici c'est que la situation « partenaire sexuel fixe » est associée à une stabilité qui s'oppose à « partenaires sexuels multiples ». Cette dernière s'associe avec le risque de contracter des infections sexuellement transmissibles ou à une personne jeune, « adolescente ».

Une des sages-femmes nous a répondu que « *c'est quand on a un seul partenaire qu'on est parfois plus challengé par sa sexualité* ».

Ce qui pourrait poser question ici est l'aspect systématique. Est-ce un préjugé de considérer une adolescente ou une femme ayant plusieurs partenaires comme ayant plus besoin d'aborder la sexualité avec elles, à l'inverse d'une femme plus âgée dans une situation plus stable ?

Une autre question se pose aussi : avec une femme non enceinte et ne souhaitant pas l'être, aborder la sexualité est-il limité au risque d'IST et de grossesse non désiré ?

C. Parler de sexualité versus parler de santé sexuelle

Reprenons l'item post-partum qui avait été considéré comme nécessitant d'aborder la sexualité par 100% des sages-femmes interrogées.

Il semblerait que parler de sexualité lorsque la femme est dans la période du post-partum soit plus aisé pour les sages-femmes : « *J'ai plus de facilité à en parler en post-partum car c'est plus médical* ».

De même, lorsqu'elles abordent la sexualité pendant la grossesse elles sont 5 sur 8 à nous dire qu'elles le font lors des séances de préparation à la parentalité et à la naissance - et plus spécifiquement lors de la séance sur le post-partum : « *je fais une séance sur le côté suites de couches des mères et je parle de la reprise des rapports sexuels et des cicatrices par exemple...* ».

Une autre aborde la sexualité pendant la grossesse avec les femmes ayant une Menace d'Accouchement Prématuro : « *J'en parle aux MAP pour les rassurer* ».

On remarque qu'alors l'abord de la sexualité est fait par le prisme de la justification médicale.

En comparaison, les consultations de gynécologie ont d'ailleurs été citées 3 fois comme temps nécessitant d'aborder la sexualité et sont justifiées de cette façon : « *je fais beaucoup de gynéco donc c'est systématique de poser la question* » ; « *j'en parle surtout en gynéco avec les jeunes je dirais* ». La gynécologie se définissant ici dans les temps où une femme n'est pas enceinte ou en post-partum.

Reprenons la question où les sages-femmes étaient invitées à spontanément énoncer ce que les mots de sexualité et santé sexuelle leurs évoquaient. Ce qui est revenu le plus fréquemment étaient les mots « *IST* » et « *contraception* » à raison de 4 fois chacun, la majorité donc.

Ces déclarations font écho à la partie précédente : « Oser dire les mots ». Ainsi nous avons l'intuition que parler de sexualité sur le prisme du médical semble plus aisé pour elles.

En effet, on pourrait distinguer la sexualité qui touche aux aspects du plaisir, du bien-être physique, de l'épanouissement sexuel, à celle qui se rattache plus à la santé.

Ainsi, les aspects de la sexualité qui se rattacherait plus à la santé seraient par exemple la reprise des rapports après le post partum, la rééducation du périnée, la prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées.

Dans ce deuxième cas, les sages-femmes semblent aborder et de manière plus simple ces sujets alors que dans le premier, elles éprouvent une gêne.

Une des sages-femmes nous a avoué se sentir « *comme [si j'étais] leur copines* » face à des patientes qui lui parlent de leurs pratiques sexuelles. Ceci donne l'impression qu'une partie de la sexualité est acceptable à aborder entre sage-femme et patiente et une qui relèverait trop de l'intimité, se plaçant ainsi dans la case de l'inapproprié.

Elles ont d'ailleurs toutes évoqué leur volonté de ne pas être « *intrusive* » ou de « *mettre mal à l'aise* » leurs patientes lorsqu'elles abordent la sexualité.

Parler de sexualité est dès lors mettre un pied dans l'intimité de la patiente. Une proximité trop amicale mettrait en péril la distance professionnelle entre la sage-femme et la patiente.

VI. « Savoir » parler de sexualité

Toutes les sages-femmes interrogées ont déclaré donner des informations aux patientes concernant la sexualité et la santé sexuelle si elles l'estimaient nécessaire, comme nous l'avons vu précédemment.

« Je donne des infos qui me semblent nécessaire »

« Je donne des guides en lui disant qu'il y a plein de réponses dedans, je laisse de l'info à disposition et que si jamais il y a besoin de compléter je suis dispo »

Mais donner des informations aux patientes nécessite un support théorique en matière de sexualité.

A. Les connaissances des sages-femmes interrogées en matière de sexualité

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles considéraient détenir un savoir suffisant pour aborder la sexualité avec leurs patientes.

62,5% ont répondu « En partie », 25 % ont répondu « Non » et 12,5 % « oui ».

Si ces chiffres parlent d'eux même, une des remarques faites à cette question a retenu notre attention : *« Il y a quand même une méconnaissance autour de la sexualité mais vraiment quoi, tout le monde fait un peu avec sa propre expérience en fait alors qu'il y a quand même des choses à savoir »*

Face à cette déclaration nous nous retrouvons confrontés une nouvelle fois au fait que l'expérience personnelle nourrit l'information donnée à la patiente, et la compréhension de ce que ces dernières peuvent exprimer.

Nous leurs avons également demandé d'où venaient leurs connaissances en matière de sexualité.

75% d'entre elles ont déclaré qu'elle avait abordé ce sujet durant leur formation initiale. Elles sont par ailleurs 6 sur 8 à la remettre en question.

« La formation initiale est déplorable sur ce sujet »

« Dans ma formation initiale, j'en ai entendu parler mais pas tant que ça »

« J'ai dû potasser un peu plus parce qu'à l'école, ce n'était pas hyper pointu »

« Les cours à l'école étaient pas mal mais pas très concrets... De toutes façons, les études sont orientée grossesse surtout »

« Dans la formation initiale...j'ai trouvé ça très limité »

« La formation initiale doit s'emparer de ce sujet car c'est trop peu fait et mal fait »

Nous nous sommes rendu compte qu'en réalité la majeure partie de leurs connaissances en matière de sexualité venaient de leur volonté de s'y former. Ainsi 87,5% d'entre elles ont choisi des formations courtes dans le cadre du Développement Professionnel Continu traitant de sexualité principalement ou secondairement. 37,5% d'entre elles déclarent s'être formées en faisant des recherches personnelles.

« Si je ne sais pas je vais chercher des réponses » ; « J'apprends toujours [...] pour les connaissances, c'est celles que ça intéresse qui vont aller trouver des réponses ».

Selon l'une d'entre elle donc : *« La clef c'est la curiosité, j'ai beaucoup appris en écoutant les femmes ».*

Nous l'avons entrevue précédemment aborder la sexualité semble soumis à la volonté de la sage-femme. Les connaissances en matière de sexualité semblent subir cette même loi malgré un bagage apporté par la formation initiale plutôt hétérogène. (Cf. Première partie)

B. Un manque de connaissance en matière de sexualité

Le manque de connaissances semble être selon les dires des sages-femmes interrogées un élément qui pourrait les gêner à aborder la sexualité avec leurs patientes.

« J'étais surtout gênée car je n'avais pas de réponse à la question qu'on me posait par rapport à des malaises vagues et vomissements après les rapports, j'étais gênée d'être démunie »

« Pour les consultations pour les patientes lesbiennes, je suis trop mal formée, je suis complètement nulle et du coup je dis des trucs complètement débiles. Donc je ne l'aborde pas et je leur dis que je ne suis pas formée à ça. »

Ici, les sages-femmes qui ont été face à une situation où elle n'avait pas les connaissances en matière de sexualité se sont retrouvés à ne pas aborder le sujet. Ce n'est pas toujours le cas :

« Je ne savais pas quoi répondre à la patiente : c'était une femme qui depuis qu'elle avait des rapports avec son mec, ça la brûlait après. Elle était vierge avant de se marier avec lui. J'avais entendu parler d'allergie au sperme mais c'était son mari donc c'était compliqué d'aborder le truc.....je l'orientée vers une sexologue. »

Ce qu'on voit dans cette dernière citation c'est que la sage-femme a pu orienter sa patiente vers un sexologue car elle n'avait pas en main les connaissances permettant de prendre en charge sa patiente.

C. Sages-femmes Néo diplômées

Ce que nous avons pu constater également, c'est que certaines des sages-femmes interrogées ont attribué leurs débuts en tant que professionnelles diplômées à une gêne à aborder la sexualité liée à « l'inexpérience » ou au sentiment « d'illégitimité ».

« Moi au début, j'étais pas du tout à l'aise et les patientes le sentaient, je sentais que je n'étais pas bien dans mon rôle. A force de faire, toi t'es plus à l'aise et donc la patiente est plus à l'aise. »

« Avant quand j'étais jeune sage-femme, je ne savais pas trop ce qui était normal ou pas normal, s'il fallait que je m'inquiète ou pas... je ne savais pas trop, alors j'écoutais mais voilà...aujourd'hui je me sens plus à l'aise, après c'est l'expérience »

« Jeune diplômée, on a parfois une certaine appréhension lié à la légitimité que l'on ressent ou pas. Enfin c'est perso j'imagine qu'il y en a qui sont plus à l'aise que d'autres. J'avoue que parler de sexualité, ce n'est pas ce que je fais le plus souvent...».

D'une part, l'inexpérience signalée en tout début de carrière est synonyme d'un certain manque de connaissances en matière de sexualité que les sages-femmes vont compléter par la suite.

D'autre part, le sentiment d'illégitimité à aborder la sexualité pourrait également impacter la posture que la sage-femme adopte face à sa patiente lorsqu'elle aborde la sexualité.

Partie 4 : Discussion

I. Limites et point forts de l'étude

Au fil des entretiens et de leur analyse, nous avons pu nous rendre compte de plusieurs points qui semblent être limitants pour notre étude.

Tout d'abord, nous avons un échantillon que l'on pourrait qualifier de faible. Ainsi nos conclusions ne peuvent inclure que les 8 sages-femmes qui ont répondu à notre questionnaire. Il aurait été intéressant d'avoir un échantillon plus large pour déterminer s'il existe un réel besoin d'améliorer la communication en matière de sexualité et santé sexuelle chez les sages-femmes libérales. Nous ne pouvons ainsi pas extrapoler nos conclusions.

A cette même idée d'un échantillon trop faible quantitativement, s'ajoute le fait qu'il est aussi faible qualitativement. En effet, nous n'avons choisi que des sages-femmes libérales, qui plus est dans un périmètre restreint à l'île de France. Ainsi ces variables nous empêchent une nouvelle fois de pouvoir entendre nos conclusions au-delà de notre population.

Cependant, cette étude n'avait dès le départ pas vocation à émettre des généralités sur la façon dont les sages-femmes traitent de sexualité avec leurs patientes. Effectuer une telle étude nécessiterait des moyens que nous ne pouvions pas mettre en place (élargir significativement l'effectif, interroger les sages-femmes des différents secteurs : libérales, hospitalières etc..., comparer ces secteurs).

Par ailleurs le point fort de cette étude apparaît comme étant le sentiment d'avoir pu aller en profondeur du sujet avec notre population. La méthode qualitative choisie pour l'étude nous paraît *a posteriori* adaptée et nous a permis d'avoir le ressenti détaillé de ces sages-femmes.

Etonnamment, le contexte (COVID-19) dans lequel ont été faits les entretiens, au lieu d'être un obstacle fut, pour l'étude, peut-être, un atout. Comme nous l'avons vu, une partie des entretiens a été faite au téléphone et l'autre en face à face. Il nous a semblé que le face à face nous apportait un peu moins d'informations. Les sages-femmes semblaient moins à l'aise pour parler librement de leurs ressentis que derrière leur téléphone. Parler de « parler de sexualité » avec des sages-femmes est un peu tabou !

II. Mise en perspective des résultats au travers des étapes de la CBS

Notre hypothèse était que les sages-femmes pourraient améliorer la communication sur le thème de la sexualité humaine avec de leurs patientes.

Si nous comparons nos résultats avec les recommandations de l'OMS (Communication Brève en matière de sexualité - CBS) les sages-femmes de notre étude tendent à mettre en pratique ce qui est proposé. Nous allons maintenant discuter chaque point en fonction de nos résultats.

ETAPE 1

« Se rendre disponible pour le client : en d'autres termes, mettre en place une relation avec celui-ci. Même si la CBS s'adapte au contexte et aux besoins particuliers, les prestataires de soins de santé peuvent employer certaines questions types pour aborder le sujet de la santé sexuelle d'une manière socialement adaptée, par exemple: « Avez-vous des questions sur la sexualité ou des préoccupations dans ce domaine ? »

Cette première étape apparaît selon notre analyse comme bien suivie par les sages-femmes interrogées. Elles ont conscience de l'importance de mettre en valeur leur réceptivité et leur bienveillance pour débiter l'échange et installer une relation de confiance avec la patiente.

Cependant il semble que le frein majeur à cette étape soit le problème de la volonté du soignant à parler de sexualité. Cette volonté est elle-même impactée par deux éléments :

- le manque de temps lors d'une consultation.
- le regard que porte la sage-femme sur l'importance de parler de sexualité dans une situation donnée.

Par ailleurs, la relation de confiance apparaît comme plus difficile à mettre en place pour les sages-femmes interrogées lorsque la patiente est très différente d'elles-mêmes (âge, orientation sexuelle, identité de genre, handicap, pratiques sexuelles) allant jusqu'à créer un véritable malaise.

Ce malaise émerge dans le parallèle fait entre ce que la patiente vit et l'expérience personnelle de la sage-femme. Le soignant est doté d'une sensibilité qui lui est propre. Ainsi, ce que les patients vont lui donner comme informations peut faire écho à son vécu donnant lieu au sentiment empathique. Il est cependant étonnant que cela puisse être la base de la réponse. Nous pouvons comparer le fait de parler de sexualité à aborder le sujet des violences faites aux femmes auquel nous sommes de

plus en plus sensibilisés. Lorsqu'une patiente parle des violences qu'elle subit à un professionnel de santé, il est fort possible qu'il ressente de l'empathie : il se sert de sa propre expérience pour comprendre ce qu'il est en train d'entendre. La prise en charge n'a rien à voir avec cette empathie cependant. Des choses à faire/ à proposer à la patiente ont été établies au niveau des institutions de santé et des institutions dirigeantes. Il en va de même pour les problèmes relatifs à la sexualité et à la santé sexuelle.

ETAPE 2

« Intervenir : poser des questions pour lancer la conversation sur la santé sexuelle et la sexualité, par exemple : « Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? », « Votre vie sexuelle répond-elle à vos attentes ? » ou « Comment vivez-vous vos relations sexuelles ? ». »

Une fois le sujet abordé, certaines sages-femmes ont exprimé une gêne à oser dire les termes du champ lexical de la sexualité et de la santé sexuelle. D'ailleurs tout au long des entretiens ces mots n'ont été que très peu utilisés.

L'aspect de la sexualité qui est le plus abordé est celui du bien-être physique à défaut du bien-être émotionnel, mental et social. Par exemple une fois la question de la reprise des rapports sexuels en post partum posée, c'est la présence d'un éventuel défaut de cicatrisation qui suivra, à l'instar à la lubrification vaginale, de dyspareunies, de plaisir etc. De même si elles abordent toutes la contraception et les risques d'IST, très peu abordent les notions de consentement à l'acte sexuel, d'épanouissement ou de satisfaction sexuelle.

Cela pourrait s'expliquer, une nouvelle fois, par la gêne et le malaise à parler de ces sujets tabous. La majorité des sages-femmes interrogées ressentent que le contexte médical retire à leurs questions le caractère « intime » de la sexualité et préserve la distance soignant-patient. Conserver cette distance professionnelle et aborder un sujet intime comme la sexualité n'est cependant en aucun cas incompatible.

ETAPE 3

« Personnaliser l'approche : mettre en évidence les problèmes, difficultés, dysfonctionnements ou troubles sexuels et les liens entre ces différents aspects, en posant par exemple les questions suivantes : « Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'utilisation des préservatifs ? », « Certaines personnes qui ont le même problème que vous (par exemple cancer, hypertension, diabète, traitement du sida) m'ont dit qu'elles rencontrent aussi des problèmes sexuels. Cela est-il également votre cas? ». »

Sur le point de « personnaliser l'approche », ce qui nous a frappé est les pré - supposés que les sages-femmes interrogées avaient sur leurs patientes en fonction de leur mode de vie.

Prenons l'exemple des femmes adolescentes ou jeunes adultes.

Selon la HAS, un dépistage systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans des infections à Chlamydia ainsi que les femmes ayant plus de 25 ans et des facteurs de risques (multi partenariat par exemple) doit être réalisé.¹⁰

Face à une femme adolescente ou jeune adulte, ressort l'idée d'une sexualité plus instable et ainsi plus à risque de contracter IST et de subir des grossesses non désirée.

Le problème ici c'est la tendance qui ressort des entretiens à personnaliser l'approche sur les recommandations de bonne pratiques ou encore une opinion de la société, en oubliant la patiente et son histoire.

En outre, parler de sexualité avec des jeunes femmes sexuellement actives doit-il se réduire à parler IST et contraception ? Une seule sage-femme nous a déclaré parler surtout de « *désirs et de consentement* » avec les adolescentes. Problématiques qui nous semblent instinctivement importantes en effet, mais à étendre à toutes les femmes. Une autre sage-femme a évoqué la situation où une patiente la consultait pour une demande contraception : « *Pour une demande de contraception, à priori ça veut dire que le désir et le consentement, c'est quelque chose d'acquis* ».

C'est peut-être derrière ces présupposés que se cachent certaines femmes avec qui il serait important d'aborder la sexualité plus largement que le risque d'IST et de grossesse non désirée.

¹⁰ Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. Saint-Denis La Plaine: HAS. 2018

ETAPE 4

« Proposer des solutions : donner des informations et, avec le client, définir les mesures qui devraient ou pourraient être prises. »

La majorité des sages-femmes interrogées donnent des informations qu'elles jugent nécessaires en matière de sexualité principalement sur les IST, la contraception et la reprise des rapports en post partum.

Cependant, elles se heurtent au sentiment de manquer de connaissance en santé sexuelle et sexualité pour l'aborder comme elles le souhaiteraient avec leur patientèle. Ce sentiment semble donner lieu à des situations où les sages-femmes ont pu se sentir mal à l'aise pour répondre à la question posée.

Elles sont par ailleurs en mesure de détecter le moment où leur patiente a besoin d'être orientée vers un professionnel de santé complémentaire : sexologue, psychologue, gynécologue.

III. Discussion autour de la validation de l'hypothèse

A la dernière question du questionnaire : « Avez-vous l'impression que la communication des sages-femmes en matière de sexualité avec les patientes devrait être améliorée? », toutes les sages-femmes interrogées ont répondu « Oui ».

Les moyens qui selon elles pourraient permettre d'améliorer la communication sur ce point peuvent être classés en trois parties.

Tout d'abord, cela nécessiterait un élan de la part des institutions concernées. D'une part des écoles de sages-femmes : « *La formation initiale doit s'emparer de ce sujet car c'est trop peu abordé* », « *on devrait avoir davantage de cours de sexologie* ». D'autre part du CNGOF ou de la HAS : « *on pourrait avoir une sorte de reco du CNGOF de la HAS, toutes les questions à poser en matière de santé sexuelle de sexualité* ». Aucune des sages-femmes n'ont fait référence aux recommandations existantes de l'OMS.

Ensuite, 4 sages-femmes sur 8 interrogées ont parlé d'améliorer l'écoute des femmes. « *Peut-être qu'il faudrait écouter vraiment les femmes si on veut pouvoir les prendre en charge sur des plans comme la sexualité* »

Enfin c'est un changement de mentalité qui semble nécessaire ainsi qu'une remise en question de certains sujets de la part des professionnels de santé.

« Peut-être qu'il faudrait changer la façon de penser, une patiente ce n'est pas juste la partie biologique, médical et cætera... toute la dimension psychologique, bien-être, c'est extrêmement important et la sexualité c'est ça ! Peut-être déjà essayer de vraiment écouter les femmes et de prendre le temps de réfléchir à notre façon d'être sage-femme. »

Nous avons vu dans le discours plusieurs sages-femmes un certain engagement féministe à travers leur volonté d'améliorer la communication en matière de sexualité. En effet, un lien entre aborder la sexualité avec une patiente et la place de la sexualité féminine dans notre société apparaît clairement.

« Est-ce que ça voudrait pas dire que la sexualité est complètement taboue, ou alors qu'on en a rien à faire de la sexualité des femmes ? On peut se poser la question de savoir si ça intéresse vraiment cette sexualité. »

« Il existe encore en matière de gynécologie un gros pan de professionnels encore un peu paternalistes avec tout un système patriarcal [...] Dans la sexualité, il y a des tonnes d'éléments influençant. Le plus souvent c'est la base : quand une femme n'a pas vraiment envie, la pénétration ce n'est pas confortable... Quand un homme a un trouble de l'érection parce qu'il n'a pas très envie de faire l'amour, ça marche pas et il ne fait pas l'amour quoi. Il y a quand même un truc où en gros une femme a obligatoirement un problème...au début j'en avais pas trop conscience, mais plus j'écoute les femmes plus je m'en rends compte. »

C'est peut-être dans les dires de ces sages-femmes que s'inscrit « l'évolution des mentalités » qui prônerait une libération de la parole autour de la sexualité féminine. Cette dynamique semble faire écho d'une certaine manière aux mouvements féministes que nous avons évoqués en première partie. Aujourd'hui, des associations comme « Nous Toutes » font suite aux vagues de dénonciations des violences sexuelles et sexistes faites aux femmes (Mouvement #MeToo par exemple) et dont les revendications reprennent le flambeau des années 70 pour favoriser la connaissance par les femmes de leurs corps.

D'ailleurs, l'une d'entre elle nous a fait part d'un ressenti qui soutient l'intuition qui se dégage des entretiens.

« La sexualité est en grande transition en raison de l'évolution des mentalités, de la diversité des moyens de communication et d'éducation des populations ».

Conclusion

La sexualité et la santé sexuelle sont constitutives de la santé, dans une approche holistique. Un tabou social tenace persiste, ayant des conséquences jusque dans le milieu de la santé. Difficile d'en parler à un professionnel de santé, difficile pour les professionnels de santé d'aborder ces questions.

Intégrer les enjeux de la sexualité dans une prise en charge globale de la santé est une idée relativement nouvelle. Elle s'inscrit dans une évolution des mentalités des 50 dernières années qui s'effectue selon les milieux socio-professionnels à des vitesses différentes. Les études sur la santé sexuelle se multiplient, des institutions comme l'OMS, les ordres des professionnels de santé, les associations s'emparent de ces problématiques.

Notre étude s'est intéressée au pan professionnel de la sexualité en interrogeant des sages-femmes libérales sur leurs méthodes et leurs ressentis lorsqu'elles abordent ce sujet.

Tout d'abord elles ont conscience de l'importance d'en parler, de l'importance d'adopter une attitude réceptive, respectueuse, bienveillante pour mettre à l'aise leurs patientes. Elles abordent toutes la sexualité avec leurs patientes.

Cependant ces sujets vont passer après d'autres, au fil de la consultation, si le temps imparti est trop court par exemple. En réalité, aborder la sexualité part d'une volonté du professionnel : le sujet apparaît parfois comme secondaire.

Certains thèmes de santé sexuelle sont particulièrement bien abordés. En effet, elles parlent facilement d'IST, de contraception, en post partum. Elles posent souvent la question de la reprise des rapports sexuels, de la cicatrisation du périnée, de la rééducation périnéale.

Cependant, tout ce qui a trait au « bien-être » comme le plaisir sexuel, les gênes itératives à celui-ci (lubrification, dyspareunie, etc.) le consentement lors d'un acte sexuel, ne sont quasiment pas traités.

Plusieurs éléments semblent pouvoir expliquer cela.

Il existe tout d'abord une gêne à dire des mots qui font partie du champ lexical de la sexualité. Parler de sexualité semble d'autant plus difficile lorsque l'aspect bien-être est en question plutôt que l'aspect médical pur. Nous avons compris cela comme le ressenti d'une mise en danger de la distance professionnelle entre la sage-femme et la patiente. Parler de sexualité devient alors comme inapproprié, « intime », « intrusif », tenant plus de la discussion entre amis.

D'autre part aborder la sexualité pour les sages-femmes est apparu plus difficile lorsque la personne en face d'elle était très différente. Un malaise peut intervenir alors face à une différence d'orientation sexuelle, d'identité de genre, de pratiques sexuelles, de mode de vie.

Cela pourrait être du notamment au fait que lorsque la sexualité est abordée, les sages-femmes semblent mobiliser plus de connaissances issues de leurs expériences personnelles à l'instar des connaissances théoriques professionnelles.

Elles considèrent souvent ne pas avoir de connaissances suffisantes en matière de sexualité et/ou souhaiteraient les améliorer. Leurs connaissances proviennent majoritairement de recherches personnelles ou de formations dans le cadre du DPC.

Ce que l'on a donc vu est que, bien que l'intention de parler de sexualité et de santé sexuelle avec leurs patientes soit présente, les freins sont nombreux et intriqués les uns aux autres.

Ainsi, la conclusion finale est que les sages-femmes libérales pourraient améliorer leur communication en matière de sexualité et de santé sexuelle avec leurs patientes.

Plusieurs axes pourraient permettre d'améliorer cela.

Tout d'abord, l'enseignement supérieur en santé pourrait renforcer l'apprentissage de la sexologie en tant matière à part entière. Cela permettrait de renforcer le savoir des professionnels de santé en matière de sexualité et de santé sexuelle.

Renforcer cela permettrait également une prise de conscience sur ce qu'implique la santé. La santé ne peut se définir dans l'absence de pathologie. Elle prend en compte la globalité d'une personne et tous les aspects de la vie aussi bien physique, biologique que psychologique, mental, social et émotionnel.

En outre et de manière plus concrète, des guides destinés à l'usage professionnel pourraient être publiés pour aider à aborder ces questions. Taboues de prime abord, elles relèvent toute leur importance dans la prise en charge d'un patient.

L'évolution des mentalités semble déjà être en marche, et les mouvements féministes contemporains soutenant une vision positive de la sexualité féminine donnent un tempo novateur.

A terme, les tabous pourront se briser et permettront peut-être de garantir une santé globale à toutes et tous.

Bibliographie

1. Rey A, Rey-Debove J. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Edition Les Dictionnaires Le Robert. 1986 : 1809
2. World Health Organization. Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health. 2002. [En ligne] :
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf?ua=1
3. Courtois R. Conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches. Annales Médico Psychologiques. Revue Psychiatrique. Elsevier Masson. 1998 ; (156) : 613-620
4. Simon P, Gondonneau J, Mironer L, Dourlen-Rollier A-M. Rapport sur le comportement sexuel des Français. Ed. Rene Julliard Pierre Charron. 1972 : 30-65
5. Pavard B. Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979). Clio. Histoire, femmes et sociétés. 2009 ; (29) : 79-96. [En ligne]
https://journals-openedition-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/cli0/9217#xd_co_f=ZjU2Nzg1Y2UtYTMwNi00MjkyLWEwNmEtZTRjZWRhZTBlOTFi~
6. Pavard B, Rochefort F, Zancarini-Fournel M. Les lois Veil. Contraception 1974, IVG 1975. Edition Armand Colin « U » . 2012. 228 pages.
7. Jaspard M, Sociologie des comportements sexuels. Edition La Découverte « Repères ». 2017. 128 pages.
8. Bozon M, Leridon H. Les constructions sociales de la sexualité - Sexualité et sciences sociales : les apports d'une enquête, sous la direction de Michel Bozon et Henri Leridon. Population. 1993 ; (5) : 1173-1195.

9. Léridon H, Bozon M. L'enquête ACSF : présentation générale - Sexualité et sciences sociales : les apports d'une enquête, sous la direction de Michel Bozon et Henri Leridon. Population. 1993 ; (5) : 1197-1204.
10. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Enquete sur le « Contexte de la sexualité en France » - Dossier de presse premiers resultats de l'enquete CSF. 2007 ; 1-29
11. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La Découverte. 2008. 612 pages
12. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Une approche positive et respectueuse de la sexualité. Mis en ligne le 30 décembre 2012. URL : http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
13. World Health Organization (WHO). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health. 2002. URL : https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf?ua=1
14. World Health Organization. Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva: World Health Organization. 2010. URL : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?sequence=1
15. Organisation mondiale de la Santé. (2015). Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique. Organisation mondiale de la Santé. URL : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204278>
16. World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health : an operational approach. 2017. URL : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf?sequence=1>
17. Alteneider R, Hartzell D. Addressing Couples' Sexuality Concerns During the Childbearing Period: Use of the PLISSIT Model. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 1997 ; 26 (6) : 651–658.

18. Mick J, Hughes M, Cohen M. Z. Using the BETTER Model to Assess Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2004 ; 8(1) : 84–86.
19. Taylor B, Davis S. The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness. *Sexuality and Disability*. 2007 ; 25(3) : 135–139.
20. De Pierrepont C, Polomeno V. Rôle du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2014 ; 42(7) : 507–514.
21. Foux R. Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. *Sexual and Relationship Therapy*. 2008 ; 23(3) : 271–277.
22. Duchêne-Paton A-M, Lopès P. Sexualité et choix du mode contraceptif. *Sexologies*. 2015 ; 24(2) : 69–81.
23. Gamel C, Davis B -D, Hengeveld M. Nurses' provision of teaching and counselling on sexuality: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 1993 ; 18(8) : 1219–1227.
24. Lamp J. K, Alteneder R.R, Lee C. Nurses' Knowledge, Attitudes, and Skills Related to Sexuality. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000 ; 32(4) : 391–391.
25. Brubaker L, Handa V-L, Bradley C- S, Connolly A, Moalli P, Brown M-B, Weber A. Sexual Function 6 Months After First Delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 2008 ; 111(5) : 1040–1044.
26. Signorello L-B, Harlow B-L, Cheko A, Repke J. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2001 ; 184(5) : 881–890.
27. Pastore L, Owens A, Raymond C. Postpartum Sexuality Concerns Among First-Time Parents from One U.S. Academic Hospital. *The Journal of Sexual Medicine*. 2007 ; 4(1) : 115–123.
28. Cronin C. First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 2003 ; 12(2) : 260–267

29. Gerda T, Josef H, Uwe L, Edgar P. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2006 ; 46(4) : 282–287
30. De Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 2. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*. 2016 ; 45(8) : 809–820.
31. De Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – partie 1. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*. 2016 ; 45(8) : 796–808.
32. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999 ; 47(1) : 27–49.
33. Colson M-H. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2014 ; 42(10) : 714–720.
34. Pizzoferrato A-C, Samie M, Rousseau A, Rozenberg P, Fauconnier A, Bader G. Déchirures périnéales post-obstétricales sévères : conséquences à moyen terme sur la qualité de vie des femmes. *Progrès En Urologie*. 2015 ; 25(9) : 530–535.
35. Wunsch S. Étiologie des troubles sexuels. Perspectives cliniques des données neuroscientifiques. *Sexologies*. 2017 ; 26(1) : 44–53.
36. Rosen R, Taylor C, Leiblum J-F, Bachmann G. Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1993 ; 19 (3) : 171–188.
37. Caremel R, Berthier A, Sentilhes L, Collard P, Grise P. Analyse de la sexualité féminine dans une population féminine témoin française. *Progrès En Urologie*. 2008 ; 18(8) : 527–535
38. Collier F, Cour F. En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle ?. *Progrès En Urologie*. 2013 ; 23(9) : 612–620.

39. Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMa). Formation Initiale. 2015 [En ligne] URL : <https://cnema.fr/cnema/formations/formation-initiale/>
40. République Française. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. Journal Officiel de la République Française n°0074 du 28 mars 2013. page 5288
41. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. 2015 [En ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Arrêté-du-11-mars-2013-relatif-au-régime-des-études-en-vue-du-diplôme-dEtat-de-sage-femme.pdf>
42. République Française. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. Journal Officiel de la République Française n°0184 du 10 août 2011. page 13714
ELI: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/7/19/ESRS1119920A/jo/article_6
43. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française n°0167 du 22 juillet 2009. page 12184
44. République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel de la République Française n°0022 du 27 janvier 2016
45. République Française. Décret no 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes. Journal Officiel de la République Française n°0001 du 1 janvier 2012 page 34
46. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Liste des titres de formations que le CNOSF autorise à mentionner sur les plaques, annuaires et imprimés professionnels. 2019 [En ligne] URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2019/03/Mise-à-jour-Mars-2019.pdf>

Lexique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

CBS : Communication Brève relative à la Sexualité (OMS, 2015)

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

Abstract

La lecture de différents articles a montré l'importance de la sexualité dans la santé humaine. Les sages-femmes sont au cœur des enjeux de santé sexuelle.

Nous avons réalisé une étude qualitative sur une population de 8 sages-femmes libérales en France, sans formation en sexualité humaine diplômante. Elles ont été sélectionnées également sur leurs champs d'exercice : suivi gynécologique, suivi de grossesse et du post partum, rééducation périnéale, préparation à la naissance et à la parentalité. Nos questionnaires étaient semi-directifs et les entretiens ont été menés de visu et par téléphone, avec une durée moyenne d'une heure. L'analyse de nos résultats a montré qu'un tabou socio-culturel embolise la communication en matière de sexualité et santé sexuelle chez sages-femmes interrogées. Bien qu'elles aient conscience de l'importance d'aborder la sexualité dans leurs pratiques, cela se limite souvent à prévenir le risque d'IST et à prescrire une contraception. La posture professionnelle qu'elles décrivent adopter pour parler de sexualité avec leurs patientes est, cependant, adaptée et en lien avec ce que recommande l'OMS dans le texte Communication Bref relative à la Sexualité. Ce texte nous a servi de comparatif aux données que nous avons obtenues.

Nous avons donc conclu que la communication faites par les sages-femmes libérales en matière de sexualité pourrait être amélioré, sans toutefois pouvoir extrapoler nos résultats hors de notre population.

La publication de guides et de recommandation de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé permettrait peut-être de soutenir l'idée d'une sexualité comme partie intégrante de la santé. Nous observons par ailleurs que les changements dans la société ces dernières année permettent d'augmenter la visibilité sur les questions de sexualité et de santé sexuelle.

The reading of different articles has shown the importance of sexuality in human health. Midwives are at the heart of sexual health issues.

We have carried out a qualitative study on a population of 8 liberal midwives in France, with no formal training in human sexuality. They were also selected on their fields of practice: gynecological follow-up, pregnancy and post-partum follow-up, perineal rehabilitation, preparation for birth and parenthood. Our questionnaires were semi-directive and the interviews were conducted in person and by telephone, with an average duration of one hour. The analysis of our results showed that a socio-cultural taboo embolizes communication about sexuality and sexual health among the midwives interviewed. Although they are aware of the importance of addressing sexuality in their practices, this is often limited to preventing the risk of STIs and prescribing contraception. The professional posture they describe for discussing sexuality with their patients is, however, appropriate and consistent with what WHO recommends in the text Brief Sexually-related Communication. This text served as a comparison to the data we obtained.

We therefore concluded that communication by liberal midwives about sexuality could be improved, but could not extrapolate our findings outside our population.

The publication of guides and recommendations for good practice for health professionals may help to support the idea of sexuality as an integral part of health. We also note that changes in society over the last few years have increased the visibility of sexuality and sexual health issues.