REPUBLIQUE DU BENIN

--*--

UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI

------**

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

----*----**

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

----**----**

Année : 2022 **N°2460**

ETUDE DES FACTEURS INFLUENCANT LA REPRISE DE LA SEXUALITE APRES L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES A COTONOU

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

YAMONTCHE Sorel Georges

Né le 23 Avril 1994 à Cotonou (République du Bénin)

DIRECTEUR DE THESE

Dr DENAKPO Justin Lewis

Professeur Titulaire de Gynécologie et d'Obstétrique

CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr DAKIN Mohamed

PRESIDENT DU JURY

Pr DENAKPO Justin Lewis

MEMBRES DU JURY

Pr KPATCHAVI Adolphe

Pr GANSOU Magloire

MCA ALAGNIDE Etienne

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1386 /2021/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CP/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version novembre 2021)

Source : Service du Personnel

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
10.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
11.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
12.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
13.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
14.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
15.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
16.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
17.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
18.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
19.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
20.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
21.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
22.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
23.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
24.	Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
25.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
26.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
27.	Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
28.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
29.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
30.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
31.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
32.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

Source : Service du Personnel

MAK 2/20

33. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
34. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
35. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
36. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
37. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
38. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
39. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
40. Dr YEKPE Hermione Patricia Frida épouse AHOUANSOU	Imagerie Médicale

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
4. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
6. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
7. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
8. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
9. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
10. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
11. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
12. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
13. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
14. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
15. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
16. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
18. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
19. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
20. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

19BK 3110

NOVEMBRE 2021

Source : Service du Personnel

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
4.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
5.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
6.	Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
7.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
8.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
9.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
10.	Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
11.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
12.	Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
14.	Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie
15.	Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
16.	Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
17.	Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
18.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
19.	Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie.....	Ethnologie
20.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
21.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
22.	Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
23.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
24.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
25.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
26.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
27.	Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
28.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
29.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
31.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
32.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
33.	Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
34.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
35.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
36.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
37.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38.	Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39.	Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
40.	Dr MIKPONHOUE Rose Christelle épse OLOU.....	Médecine du Travail
41.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie

MBK 4/10

Source : Service du Personnel

FMPE 2021

42. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
43. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
44. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
45. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
46. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
47. Dr HOUNKPONOU Eliane Kayivi Murielle épouse AMOUSSOU-GUENOU.....	Cardiologie
48. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
49. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K.(Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr SOSSA Jean	Urologie
5. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
6. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
7. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue).....	Pharmacologie
8. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
9. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
10. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
11. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
12. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
13. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
14. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
15. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie

MBK 5/10

TIRAGE 2021

Source : Service du Personnel

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie à la retraite - Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à la retraite - Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à la retraite – Université Catholique de Louvrain
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Maître de Conférences Agrégé de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Source : Service du Personnel

MAK 6/10

NOVEMBRE 2021

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Edgard-Marius.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP)
5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur Titulaire en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Damienne Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP) ; Maître ès Sciences en Nutrition
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

MSK 7/10

Source : Service du Personnel

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition

Source : Service du Personnel

MAA 8/10

REVISE 2021

28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)

MBR 9/10

Source : Service du Personnel

NOVEMBRE 2021

55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte	Littérature Anglaise et Américaine

Le Doyen, 07/12/2021

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Delphin K. MEHINTO

Source : Service du Personnel

NOVEMBRE 2021

« A cœur vaillant rien d'impossible »

A conscience tranquille tout est accessible

Quand il y a la soif d'apprendre

Tout vient à point à qui sait attendre

Quand il y a le souci de réaliser un dessein

Tout devient facile pour arriver à nos fins

Malgré les obstacles qui s'opposent

En dépit des difficultés qui s'interposent

Les études sont avant tout Notre unique et seul atout

Elles représentent la lumière de notre existence

L'étoile brillante de notre réjouissance

Comme un vol de gerfauts hors du charnier natal

Nous partons ivres d'un rêve héroïque et brutal

Espérant des lendemains épiques

Un avenir glorieux et magique

Souhaitant que le fruit de nos efforts fournis

Jours et nuits, nous mènera vers le bonheur fleuri

Aujourd'hui, ici rassemblées auprès des jurys,

Nous prions Dieu que cette soutenance

Fasse signe de persévérance

Et que nous serions enchantée par notre travail honoré.

Jacques CŒUR (1395-1456), argentier de Charles VII.

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

A Dieu,

L'Unique, le Tout Puissant, le Clément et le Miséricordieux.

Merci à toi mon Dieu pour tous tes bienfaits dans ma vie.

Tu as dirigé ce travail du début jusqu'à la fin.

Merci infiniment Père-Saint.

A la mémoire de mon père adoré Cyprien YAMONTCHE SOSSOH, connu sous le nom de Sa Majesté DADA TOSSOH GBAGUIDI 13. Le 13ème roi du royaume de Savalou.

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eus pour toi.

Rien au monde ne vaut les efforts fournis jours et nuits pour mon éducation et mon bien-être. Ce travail est le fruit des sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation.

Tu as dépensé toute ta vie pour assurer une éducation exemplaire à tes enfants. J'espère être digne de cette éducation et des précieux conseils que tu m'as toujours prodigué.

Huit ans déjà que tu nous as quittés et quelle tristesse je ressens principalement aujourd'hui à constater ton absence ! Aujourd'hui où j'aurais aimé te voir dans la tribune pour assister à un des accomplissements de tes nombreux efforts.

Tu nous manqueras toujours. La mort n'arrête pas l'amour

J'espère que tu es fier de moi.

Puisse Dieu t'accueillir dans son paradis en récompense de toutes les bonnes actions que tu as réalisées sur terre !

Repose en paix mon papa !

A ma vaillante, brave et bonne mère Christine WANKPO,

Affable, honorable, aimable, tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Tes prières et tes bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessés de faire depuis ma naissance, mon enfance et même à l'âge adulte. Tu mérites tous les éloges.

Tu as fait plus qu'une mère ne puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Tu es mon refuge permanent dans mes moments d'angoisse devant l'adversité. Merci d'avoir su susciter et entretenir en moi la patience et l'acharnement mais aussi et surtout le sens de l'honneur puisque tu es toi-même source d'honneur.

Malgré la difficulté de ton rôle de mère et père depuis huit ans tu n'as faibli devant aucun obstacle

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour.

Puisse l'Eternel Dieu Tout Puissant te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur. Je t'aime maman

A ma première grande sœur chérie Osben,

Ta gentillesse et ton soutien ne m'ont jamais fait défaut.

J'espère avoir atteint le seuil de tes espérances. Ce témoignage de mon affection est bien peu de choses au regard de tout ce que je te dois

Profonde gratitude

A ma seconde grande sœur Adorée Sandy, Docteur en pharmacie

Très dynamique, tu incarnes l'abnégation et le dévouement à la tâche. Tu as toujours été un soutien incontestable dans ma vie. Tu as toujours été là dans mes moments difficiles. Merci pour tous les efforts que tu as consenti. Ce travail t'est dédié en signe de mon affection la plus sincère

A mon grand frère Wilkes,

Tu es le signe de l'honneur et du respect. Très simple et facile à vivre, tu as toujours été là pour moi quand j'ai besoin de toi.

Je te dédie ce travail en signe de mon affection la plus sincère.

A ma petite sœur chérie Carine,

Tu es la prunelle de mes yeux, mon envie de continuer à me battre même si tout va mal.

Tendresses infinies

A mon frère Claudel,

Mon jeune et adorable frère, tu es pour nous une bénédiction. Que Dieu te garde et te guide afin qu'ensemble nous puissions prendre soin de toi.

A ma jumelle d'une autre mère Aulrich OTTY,

Merci pour tout le chemin fait ensemble. Tu représentes pour moi passion et baromètre. Tu permets mon équilibre. Tu sais associer les postures qu'il faut afin de favoriser mon épanouissement complet.

Ce travail est le fruit de ton assistance permanente. Reçois tout mon amour et ma profonde reconnaissance.

A ma deuxième maman HOUINSOU Yolande

Tu m'as épaulé et choyé comme ton enfant biologique. Merci pour cet accompagnement perpétuel durant ma formation. Sois bénie. J'espère tu es fière de moi.

A mes Neveux et Nièce Mael, Ishan, Alvaro et Divina

Mes petits cœurs adorés, votre présence dans ma vie me comble de joie et de bonheur. Que Dieu veille sur vous et vous protège pour nous. Je vous adore.

Profondes gratitudes

REMERCIEMENTS

A Mr Borel TOSSOU

Vous avez exprimé un don de soi hors pair pour la réalisation de ce travail. Que Dieu vous le rende au centuple

A Mr Baydr MAMA GUIA

Merci pour votre disponibilité

A mes amis et collègues Olivier FANTODJI, Maxime DA ZOGBO, GBONGBOUI Jospin

Vous avez toujours été là pour moi dans les moments de douleurs et de joie. Que le Tout Puissant vous le rende au centuple !

A Madame AKOK

Merci pour le soutien et l'accompagnement

A mes collègues du groupe de stage interné

Merci pour la fraternité et surtout la saine complicité.

A tous les enquêteurs

Vous avez laissé vos multiples activités pour vous rendre dans les 30 quartiers de Cotonou choisis. Malgré les conditions parfois difficiles, vous avez donné le meilleur de vous. Recevez ce travail comme le fruit de tous vos efforts. Merci pour le sacrifice consenti dans l'exécution de cette enquête! Sincères remerciements !

A toutes les enquêtées

Vous avez librement accepté de participer à cette étude. Sans vous ce travail n'aurait pas existé. Merci pour votre collaboration

Aux chefs des quartiers enquêtés

Vous nous avez autorisés à mener cette enquête. Nous vous en sommes reconnaissant

A tous les enseignants qui m'ont formé

Merci pour les connaissances que vous nous avez transmises. Puisse l'ETERNEL vous bénir

A toute la 43ème promotion de médecins

Brillante carrière professionnelle à tous.

A tous ceux qui ont lu et liront ce travail

Merci d'avoir accepté de découvrir notre modeste contribution au savoir universel. Je vous prie de vous rappeler cependant que ce travail reste une œuvre humaine donc perfectible

HOMMAGES

NOTRE DIRECTEUR DE THESE Professeur Justin Lewis DENAKPO,

Nous sommes très reconnaissants de l'insigne honneur que vous nous faites en dirigeant ce modeste travail. Malgré toutes vos occupations et vos multiples sollicitations, vous vous êtes rendu disponible à nos sollicitations de jour comme de nuit, pendant les jours ouvrables et même le week-end. Votre rigueur, vos phénoménales qualités scientifiques et par-dessus tout, votre légendaire humilité suscitent notre admiration. Puisse cette thèse être pour vous, le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE CO- DIRECTEUR DE THESE Dr Mohamed DAKIN

C'était une immense joie pour nous de travailler sous votre direction. Votre disponibilité alliée à une rigueur scientifique et une ardeur au travail nous ont permis de réaliser ce travail. Sincères remerciements.

AU PRESIDENT DU JURY DE NOTRE SOUTENANCE

En acceptant de présider notre jury de soutenance de thèse, vous nous faites un grand honneur. Nous vous en savons gré, tout en vous réitérant ici l'expression de notre profond respect.

AUX MEMBRES DU JURY

C'est un honneur remarquable que vous nous faites en acceptant d'apprécier ce travail. Vos analyses nous permettront d'améliorer sa qualité. Daignez recevoir l'expression de notre total dévouement.

A NOS MAITRES

Les professeurs de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, nous sommes fières d'avoir été formée par vous. Nous vous prions d'accepter en ce jour nos sentiments de profonde gratitude pour la clarté, la richesse et la précision de vos enseignements. Hommages respectueux.

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE (FSS) A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SDC : Suites de Couches

SA : Semaines d'aménorrhée

T12 : 12eme vertèbre thoracique

L2 : 2eme vertèbre lombaire

S2 : 2eme vertèbre sacrée

S4 : 4eme vertèbre sacrée

NO : Monoxyde d'azote

VIP :Vasoactive Intestinal Peptide

αMSH : Alpha-melanocyte stimulating hormone

POMC : Pro-opiomelanocortine

ACTH : Adrenocorticoytopin hormone

E2 : Estradiol

SHBG : Sex hormone-bindingglobulin

GABA :Acide γ aminobutyrique

DHEA : Dehydroepiandrostérone

DHEAS : Sulfate de dehydroepiandrostérone

USA : United State of America

HLP : Hormone lactogène placentaire

PRL : Prolactine

FSH : Hormone folliculostimulante

LH : Hormone lutéinisante

INSAE : Institut national de la statistique et de l'analyse économique

RGHP3 : 3eme recensement général de la population et de l'habitation nationale hospitalière

CNHU : Centre national hospitalier universitaire

CNHPP : Centre national hospitalier de pneumo phtisiologie

HOMEL : Hôpital de la mère et de l'enfant

CNHP : Centre national hospitalier de psychiatrie

HTA : Hypertension artérielle

MAP : Menace d'accouchement prématuré

MAT : Menace d'accouchement

HELLP :Hemolysis Elevated Liver Low Platelet

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

OR : Odds Ratio

ans : Années

mm : Millimètre

cm : Centimètre

g : gramme

Kg : Kilogramme

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Arrondissements et quartiers de Cotonou 87
Tableau II: Arrondissements et quartiers de Cotonou sélectionnés 90
Tableau III: Caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées 98
Tableau IV: Répartition des conjoints selon les caractéristiques sociodémographiques 101
Tableau V: Répartition des femmes selon la gestité, la parité et le nombre d'enfants vivants..... 103
Tableau VI: Les caractéristiques de la dernière grossesse 104
Tableau VII: Les données relatives à l'accouchement..... 105
Tableau VIII: Les données relatives au post partum..... 106
Tableau IX: Facteurs sociodémographiques des femmes influençant la reprise de la sexualité après l'accouchement 109
Tableau XI: Répartition des couples interviewées selon la reprise des rapports sexuels en fonction de la durée de la vie conjugale 112
Tableau XII: Antécédents obstétricaux influençant la reprise des rapports sexuels après accouchement..... 113
Tableau XIII: Caractéristiques de la dernière grossesse et reprise des rapports sexuels après accouchement..... 114
Tableau XV: Données relatives au post partum influençant la reprise des rapports sexuels après accouchement..... 117
Tableau XVI: Répartition des femmes selon les informations reçues et en fonction de la reprise ou non des rapports sexuels..... 119
Tableau XVII: Répartition des femmes selon leur état après accouchement et en fonction de la reprise ou non des rapports sexuels..... 120
Tableau XVIII: Répartition des femmes selon la fréquence mensuelle des rapports sexuels antérieurs et la reprise ou non des rapports sexuels après accouchement 121
Tableau XIX: Répartition des femmes selon le respect des interdits culturels après accouchement et en fonction de la reprise ou non des rapports sexuels 122
Tableau XX: Facteurs associés à la reprise des rapports sexuels après accouchement 124
Tableau XXI: Facteurs associés à la reprise précoce des rapports sexuels après accouchement 129
Tableau XXII: Motifs de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement 134
Tableau XXIII: Autres motifs de reprise des rapports sexuels 134
Tableau XXIV: Raisons de l'absence de reprise des rapports sexuels dans un délai de six mois après accouchement..... 136

Tableau XXV: Autres raisons de l'absence de reprise des rapports sexuels dans les 6 mois après accouchement 136
Tableau XXVI: Répartition des femmes selon la reprise des rapports sexuels avant ou après le retour des couches 137
Tableau XXVII: Régularité ou non de la fréquence des rapports sexuels après accouchement 138
Tableau XXIV: Difficultés à la reprise des rapports sexuels après accouchement 139
Tableau XXXI: Répartition des femmes selon les alternatives à la reprise des rapports sexuels avec pénétration vaginale dans les six (06) mois après accouchement 139
Tableau XXXII: Répartition des femmes selon les autres alternatives à la reprise des rapports sexuels avec pénétration vaginale 140
Tableau XXXIII: Types d'activités sexuelles pratiqués après la reprise 140
Tableau XXXIV: Répartition des femmes selon leur satisfaction du rapport sexuel à la reprise 141
Tableau XXXV: Positions sexuelles adoptées lors de la reprise des rapports sexuels 141
Tableau XXXVI: Positions sexuelles difficiles lors de la reprise 142
Tableau XXXVII: Répartition des femmes selon les difficultés liées à la reprise des rapports sexuels pour lesquelles elles ont consulté 143
Tableau XXXVIII: Répartition des femmes selon les difficultés liées au déroulement des rapports sexuels pour lesquelles elles ont consulté 143

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Vulve (lèvres écartées)..... 47
Figure 2: Corps érectiles 49
Figure 3: Glande vestibulaire majeure 50
Figure 4: Vascularisation artérielle de la vulve 51
Figure 5: Innervation de la vulve 52
Figure 6: Situation et direction de l'utérus et du vagin..... 54
Figure 7: Vulve et paroi vaginale antérieure..... 55
Figure 8: Vascularisation du vagin 58
Figure 9: Configuration externe du sein 59
Figure 10: Constitution d'un lobe mammaire 61
Figure 11: Artères et veines du sein..... 62
Figure 12: Innervation du sein 64
Figure 13: Le modele en 4 phases de MASTERS et JOHNSON chez la femme 70
Figure 14: L'expansion du vagin et l'élévation de l'utérus pendant le coït d'après l'illustration de John Yanson [19]. 68
Figure 15: Carte du Bénin (Ville de Cotonou)..... 86
Figure 16: Répartition des femmes interviewées en fonction de la tranche d'âge (en années)..... 97
Figure 17: Répartition des conjoints par tranche d'âge (en années) 100
Figure 18: Répartition de l'échantillon selon la durée de l'union du couple... 102
Figure 19: Répartition de l'échantillon d'étude en fonction du délai de la reprise des rapports sexuels..... 108
Figure 20: Répartition des couples selon l'initiateur de la reprise des rapports sexuels 135

SOMMAIRE

DEDICACES XIII

REMERCIEMENTS XIX

HOMMAGES XXI

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS XXIV

INTRODUCTION 40

I. GENERALITES 43

II. CADRE ET ETHODE D'ETUDE 84

III. RESULTATS 96

IV. DISCUSSIONS 144

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 160

REFERENCES 164

ANNEXES ..... A

RESUME X

INTRODUCTION

La sexualité n'est pas seulement une fonction de procréation mais prend une place centrale dans la vie des femmes avec l'apparition de la notion de plaisir personnel et interpersonnel liée à une sexualité épanouie[1]. La grossesse et l'accouchement entrainent des modifications sur le plan anatomique, hormonal, familial et relationnel. Et ces changements pourraient avoir des impacts importants sur la fonction sexuelle[2]. Malgré l'importance de ces modifications, la question de la sexualité après l'accouchement est pendant longtemps restée tabou même si de plus en plus d'études s'y consacrent[3].

Ainsi selon une étude réalisée en Iran 85,95 % des femmes ont rapporté des dysfonctions sexuelles après l'accouchement [4] . De même, le délai de la reprise de la sexualité varie d'une étude à une autre et selon la région. En Australie la reprise de la sexualité s'effectue en moyenne six (6) semaines après l'accouchement[5]; mais en neuf (9) semaines selon une étude Tunisienne[6].

Beaucoup de facteurs influencent la fonction sexuelle chez la femme après l'accouchement : Selon une étude réalisée à la Faculté de médecine d'Ostrava Russie , l'instrumentalisation de l'accouchement affecterait la fonction sexuelle des femmes en particulier dans l'adhérence et le degré de la douleur[7] mais une étude au Brésil n'en trouve aucun lien [8]. Selon Shirvani et al les raisons les plus courantes étaient la peur de la douleur, le manque d'intérêt, l'inquiétude à propos d'une autre grossesse, la fatigue et les saignements[9]. Une étude sur l'association entre la satisfaction sexuelle et l'image du corps de la femme mettait en avant que plusieurs aspects de l'image corporelle, notamment le poids, la condition physique, l'attrait sexuel et les pensées sur le corps pendant l'activité sexuelle étaient susceptible d'influencer sa satisfaction sexuelle[10].

La reprise de la sexualité après l'accouchement est également influencée par la culture notamment en Afrique Noire. Au Nigeria une étude a révélé que la période d'abstinence d'activité sexuelle après l'accouchement est enracinée dans la culture et a été évoquée pour avoir une grande influence sur les résultats de santé des

moins de cinq ans. Il est conclu que la plupart des femmes ont repris une activité sexuelle tôt après l'accouchement, principalement pour sécuriser leur mariage, ce qui affecte la santé de leurs enfants de moins de cinq ans[11].

Malgré l'importance de ce sujet, la sexualité du couple pendant la grossesse et après l'accouchement n'est pas abordée lors des consultations prénatales et postnatales. Aussi au Bénin une seule étude a été faite sur la sexualité du couple pendant la gravido puerpéralité précisément pendant la période de grossesse. Il s'agit d'une étude populationnelle réalisée à Cotonou en 2017. En dehors de la pratique des rapports sexuels au cours de la grossesse de nombreux autres facteurs peuvent influencer la reprise de la sexualité après l'accouchement. C'est ce qui fait l'objet de notre étude qui a pour objectifs :

- **Objectif général**:

  Analyser la reprise de la sexualité après l'accouchement à Cotonou

- **Objectifs spécifiques :**
  - Décrire les caractéristiques socio démographiques des femmes et de leurs conjoints
  - Déterminer le délai moyen de la reprise de la sexualité
  - Identifier les facteurs qui influencent la reprise de la sexualité après l'accouchement
  - Analyser le vécu de la reprise de la sexualité après l'accouchement

I. GENERALITES

1.1. Définitions

- **Santé sexuelle**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la « santé sexuelle » comme étant un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ; il ne s'agit pas simplement d'une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité[12].

Il s'agit d'une donnée difficile à définir. La santé sexuelle dépend des normes sociales, culturelles et de l'âge du sujet. Elle doit être une pratique sexuelle convenant au sujet, dans les limites fixées par la loi et n'entrainant pas de souffrance pour lui-même ou pour sa (son) partenaire[12] [13].

La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et préserver la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés[12].

- **Sexualité**

La définition de travail qu'en donne l'OMS est la suivante : un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie [qui] 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 et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de pratiques, de rôles et de relations[13] [14]. Selon le LAROUSSE, la sexualité correspond à l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe que l'on peut observer dans le monde vivant rapporté à l'être humain, c'est l'ensemble des tendances et des activités qui, à travers le rapprochement des corps, l'union des sexes (généralement accompagnés d'un échange psychoaffectif), recherchent le plaisir charnel, l'accomplissement global de la personnalité [15].

Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels. [12]

On ne peut donc pas aborder la notion de santé sexuelle sans examiner la notion de « sexualité » qui détermine des comportements importants et a une influence majeure sur l'état de santé sexuelle.

- **Grossesse**

Ensemble des phénomènes se déroulant chez la femme entre la fécondation et l'accouchement [16].

- **Reprise**

Selon le LAROUSSE c'est l'action de reprendre quelque chose, de s'en emparer de nouveau[15]

- **Facteur influençant**

Un Facteur est un élément qui concourt à un résultat**. Ainsi un facteur influençant** est un facteur qui agit, de façon directe ou indirecte, sur l'état d'un enjeu. [17]

- **Accouchement :**

Selon l'OMS, la grossesse est un processus physiologique correspondant à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles lorsque la grossesse a atteint le terme théorique de 22 SA.[18]

- **Suites de couches**

Le terme Suites De Couches (SDC) caractérise la période qui s'étend de la délivrance au retour de couches (ou retour de la menstruation). Elle est d'environ 42 jours, soit six semaines après l'accouchement.

Les SDC sont nommées immédiates du 1er au 15e jour (postpartum immédiat dans les deux heures suivant l'accouchement puis postpartum secondaire) et tardives du 16e au 42e jour.

C'est une période de bouleversements physiques et psychiques dominée par deux phénomènes physiologiques essentiels :

• le retour de l'organisme à son état antérieur à la grossesse, notamment au niveau de l'appareil génital,

• l'établissement de la lactation.

Elles constituent une période de surveillance importante.[19]

1.2. Rappels

1.2.1. Rappels anatomiques

1.2.1.1. La vulve

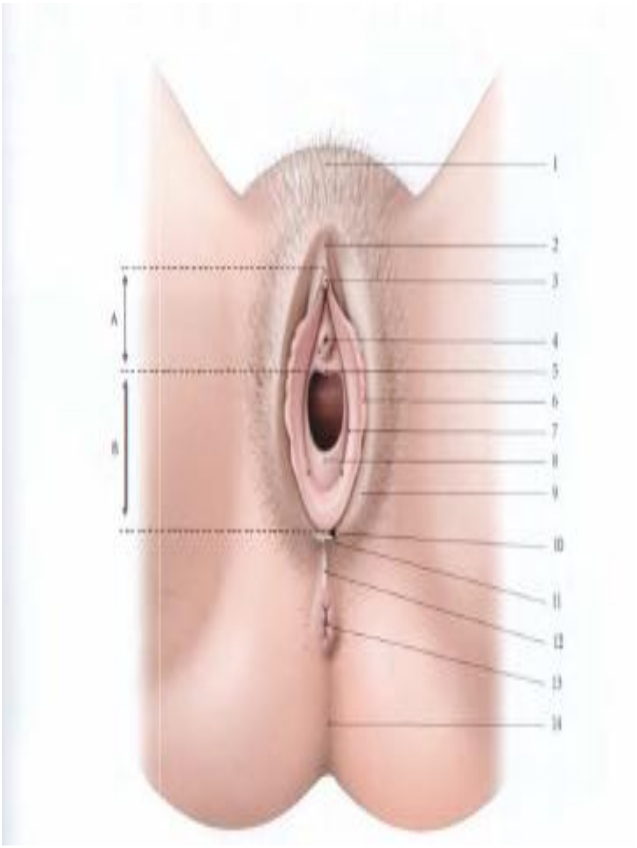
1.2.1.1.1. Configuration externe

La vulve correspond en superficie au plan cutané érogène recouvrant le pubis et le périnée uro-génital, et en profondeur, à l'espace superficiel du périnée uro-génital qui contient les organes érectiles féminins. Située en grande partie entre les cuisses elle s'étend devant le pubis.

Elle comprend :

- Le mont du pubis
- Les grandes et petites lèvres
- Le vestibule

-Les organes érectiles et les glandes vulvaires.



A.partie urétrale du vestibule

B. partie hyménéale du vestibule

1- mont du pubis

2- prépuce du clitoris

3- gland du clitoris

4- ostium externe de l'urètre

5- carina urétrale du vagin

6- petite lèvre

7- sillon vestibulaire

8- hymen

9- grande lèvre

10- fossette du vestibule du vagin

11- frein des lèvres

12- commissure postérieure des lèvres

13- Anus

14- sillon interfessier

Figure 1: Vulve (lèvres écartées)

- **Le mont du pubis**

Saillie arrondie, triangulaire à sommet inférieur, située devant la symphyse pubienne et limitée latéralement par les plis inguinaux. Il est couvert de poils et constitué essentiellement par un amas adipeux de 35mm d'épaisseur, en continuité avec celui de la paroi abdominale et des grandes lèvres.

- **Les grandes lèvres**

Il s'agit de deux replis cutanés qui limitent la fente vulvaire. Chaque grande lèvre est formée d'un revêtement cutané et du corps adipeux labial (formation fibro-graisseuse riche en vaisseaux, semi-érectile renforcée par des fibres élastiques qui l'amarrent au fascia criblé, au prépuce du clitoris et au centre tendineux du périnée).

- **Les petites lèvres**

Ce sont deux replis cutanés, d'apparence muqueuse, qui limitent le vestibule du vagin. Aplaties transversalement, les petites lèvres sont rosées, lisses, humides et dépourvues de poils.

- **Le vestibule du vagin** :

Il est un espace virtuel limité par la face interne des petites lèvres. Il mesure 6-7 cm de profondeur. Les petites lèvres écartées mettent en évidence le fundus du vestibule qui présente deux parties :

• En avant : la partie urétrale, triangulaire, présente l'orifice urétral externe de part et d'autre duquel s'ouvre l'orifice des glandes para-urétrales (glandes de Skène).

• En arrière : la partie hyménéale correspond à l'orifice fermé chez la vierge par l'hymen (séparé des petites lèvres par le sillon vestibulaire ou sillon labio-hyménéal. Dans ce sillon s'ouvre à 5 et 7 heures les conduits des glandes vestibulaires majeures.

- **Le clitoris** :

Il comprend une racine, un corps et un gland.

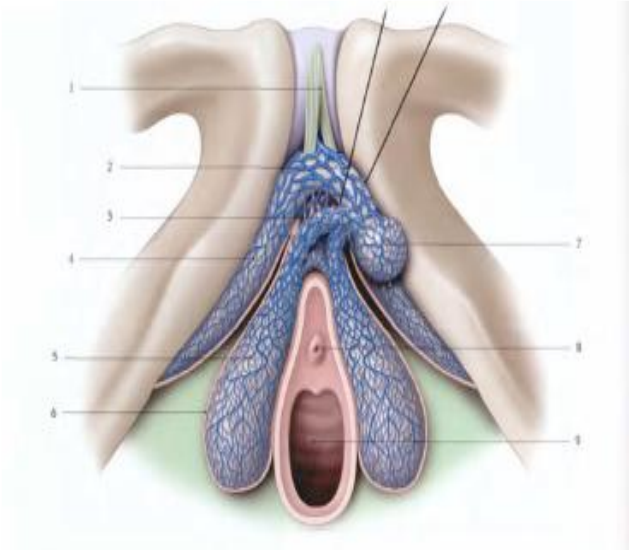
• La racine du clitoris : fixée aux branches ischio-pubiennes et à la membrane périnéale (ou fascia inférieur du diaphragme), elle est constituée des piliers du clitoris et des bulbes vestibulaires.

o Formés des corps caverneux, les piliers du clitoris, ils s'attachent à la partie moyenne de la face interne des branches ischio-pubiennes. ils convergent en avant et s'adossent au-dessous de la symphyse pubienne pour constituer la commissure caverneuse et le corps du clitoris.

o Les bulbes vestibulaires : analogues à un corps spongieux masculin, ils sont situés à la base des petites lèvres et ont chacun une longueur de 3,5 cm environ.

• Le corps du clitoris : prolongement des commissures bulbaire et caverneuse, le corps du clitoris suit la direction des piliers et monte plus ou moins devant la symphyse pubienne avant de s'infléchir brusquement (coude du clitoris) et se porter en bas. Il est recouvert par le prépuce du clitoris qui se fixe sur sa face inférieure par le frein clitoridien.

• Le gland du clitoris : extrémité libre du corps du clitoris, il est constitué par la fusion des extrémités des bulbes vestibulaires. Renflé, conique et mousse, il est recouvert par le prépuce du clitoris.



1- Lig. Suspenseur du clitoris
2- Corps du clitoris
3- Plexus veineux intermédiaire
4- Pilier du clitoris
5- Bulbe vestibulaire
6- Albuginée
7- Gland du clitoris
8- Ostium urétral externe
9- vagin

Figure 2: Corps érectiles

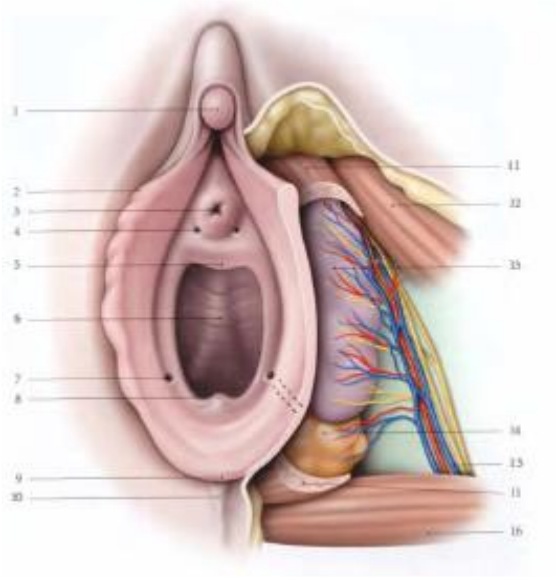
➢ **Les glandes vulvaires** :

On distingue les glandes vestibulaires mineures, les glandes para-urétrales ou glandes de Skene et les glandes vestibulaires majeures.

• Glandes vestibulaires mineures : elles comprennent les glandes sébacées et sudorifères disséminées à la surface des formations labiales. Elles sécrètent une matière épaisse, blanchâtre.

• Glandes para-urétrales : correspondent aux deux plus volumineuses glandes urétrales dont les conduits s'ouvrent de chaque côté de l'ostium externe de l'urètre.

• Glandes vestibulaires majeures : ce sont des glandes mucipares situées de chaque côté de la moitié postérieure de l'orifice vaginal. Elles sécrètent un liquide filant, onctueux et incolore qui participe très modestement à la lubrification du vestibule vaginal.



1- Gland du clitoris
2- Petite lèvre
3- Ostium externe de l'urètre
4- Ostium de la glande para-urétrale
5- Carina urétrale du vagin
6- Vagin et colonne antérieure du vagin
7- Ostium de la glande vestibulaire
8- Extrémité de la colonne postérieure
9- Frein des lèvres
10- Commissure postérieure des lèvres
11- Muscle bulbo-spongieux
12- Muscle ischio-caverneux
13- Bulbe vestibulaire
14- Glande vestibulaire majeure
15- Artères, veines et nerfs périnéaux profonds
16- Muscle transverse superficiel

Figure 3: Glande vestibulaire majeure

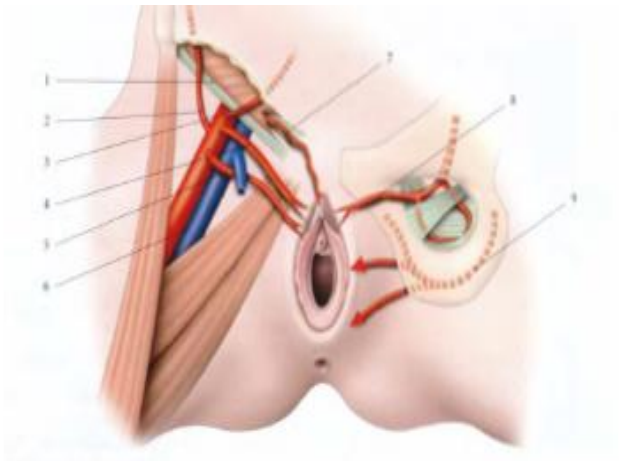
1.2.1.1.2. Vascularisation :

➢ **Artérielle** :

Une ligne horizontale passant par le clitoris sépare la région vulvaire en deux territoires artériels :

• Le territoire vulvaire antérieur est irrigué par les artères pudendales externes supérieure et inférieure, branche de l'artère fémorale et accessoirement par une branche terminale des artères obturatrice et funiculaire.

• Le territoire vulvaire postérieur est sous la dépendance de l'artère pudendale interne qui donne en particulier les artères dorsales profondes du clitoris, urétrale, bulbaire et les rameaux pour les glandes vestibulaires majeures.



1- Ligament inguinal
2- Artère circonflexe iliaque superficielle
3- Artère épigastrique superficielle
4- Artère pudendale externe supérieure
5- Artère pudendale externe inférieure
6- Artère et veine fémorale
7- Ligament rond de l'utérus et son artère
8- Artère obturatrice
9- Artère pudendale interne

Figure 4: Vascularisation artérielle de la vulve

- **Veineuse** :

Le réseau d'origine est dense surtout au niveau des grandes lèvres, où il donne l'apparence d'un tissu caverneux.

- Le drainage du mont du pubis, du prépuce et de la partie antérieure des lèvres se fait par les veines pudendales externes vers la grande veine saphène ;

- Le drainage du clitoris, des bulbes vestibulaires et de la partie postérieure des lèvres se fait par les veines pudendales internes dans la veine iliaque interne ;

- Les anastomoses verticales sont riches entre le système pudendal interne vulvaire et les plexus viscéraux pelviens.

- **Lymphatiques** :

La vulve est recouverte d'un riche réseau lymphatique dont le drainage principal est inguinal ; le drainage iliaque interne est accessoire et rarement concerné dans les envahissements néoplasiques.

1.2.1.1.3. Innervation :

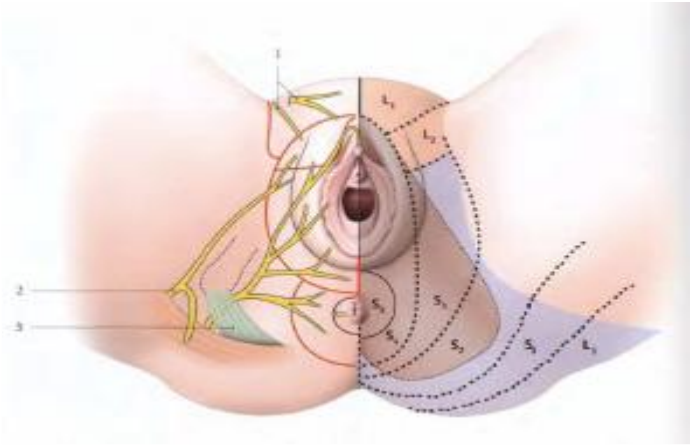
- **Innervation somatique**

Fait intervenir :

- Le nerf pudendal : nerf principal de la vulve ; il innerve les deux tiers postérieurs des grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris

• Les branches génitales des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral

• Le nerf cutané postérieur de la cuisse : participe à l'innervation de la partie moyenne des grandes lèvres.



1- Nerfs ilio-hypogastrique, génito-fémoral (territoire en rouge)
2- Nerf cutané postérieur de la cuisse (territoire en bleu)
3- Nerf pudendal (territoire en marron

Figure 5: Innervation de la vulve

➢ **Innervation autonome** :

Les nerfs autonomes viennent du plexus hypogastrique et sont destinés aux corps érectiles.

- Neurorécepteurs vulvaires :

La vulve est particulièrement riche en neurorécepteurs.

• Les formations tégumentaires sont le siège essentiellement des extérocepteurs

o Dans l'épiderme siègent des terminaisons nerveuses libres impliquées dans la douleur, les corpuscules non capsulés ou ménisques du tact, sensibles au toucher léger, les corpuscules capsulés du tact, mécanorécepteurs sensibles au toucher plus appuyé et des corpuscules génitaux dont la stimulation provoque l'érection et l'orgasme.

o Dans le derme siègent des corpuscules capsulés, thermo récepteurs et mécanorécepteurs, les corpuscules capsulés aplatis sensibles à la chaleur, les corpuscules bulboïdes, sensibles au froid et les corpuscules lamelleux sensibles aux pressions et vibrations.

o Les terminaisons nerveuses des follicules pileux sensibles au tact léger.

• Les formations sous cutanées :

o Les corpuscules génitaux siégeant près et dans les corps érectiles ;

o Propriocepteurs situés dans les muscles et les fascias, ils sont essentiellement des mécanorécepteurs sensibles à la pression et la tension ; ils contribuent à la valorisation des sensations sexuelles.

• La distribution quantitative des récepteurs permet de souligner trois points essentiels :

o Le mont du pubis et les grandes lèvres sont particulièrement sensibles au toucher léger et à la température

o Les petites lèvres et le clitoris, plus riches en récepteurs génitaux sont moins sensibles au toucher que le mont du pubis et les grandes lèvres

o Le clitoris, particulièrement riche en corpuscules lamelleux est très sensible aux pressions et aux vibrations.

1.2.1.2. Le vagin :

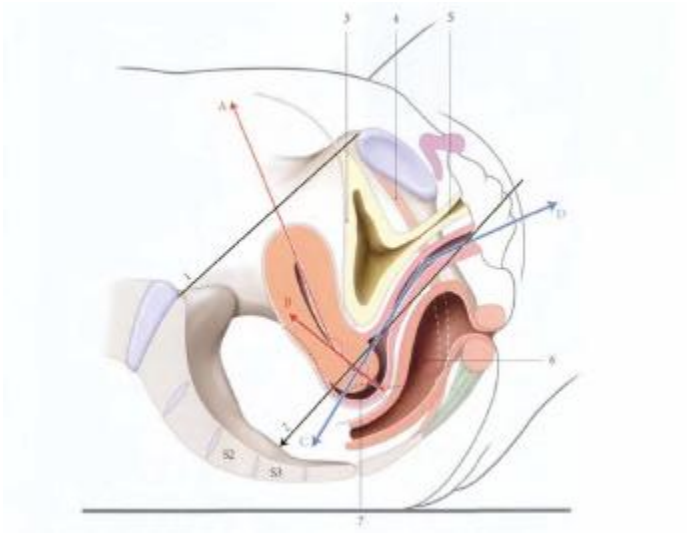
1.2.1.2.1. Situation

Le vagin, organe de la copulation, est un conduit musculo-membraneux épais et résistant, situé entre la vessie et l'urètre, en avant et le rectum, en arrière.

Le vagin présente : deux bords latéraux, deux faces dont une ventrale et une dorsale, deux extrémités crâniale et caudale. L'extrémité crâniale ou fornix qui

entoure le col de l'utérus, est oblique en ventral et en caudal et détermine des culs de sac latéraux (un ventral et un dorsal qui est plus marqué). L'extrémité caudale appelée vestibule du vagin s'ouvre à la vulve, il est fermé par une membrane muqueuse plus ou moins fibreuse chez la femme vierge : l'hymen.

Il forme un organe aplati d'avant en arrière, sauf son extrémité supérieure, le fornix vaginal, qui est cylindroïde. Il a une importante compliance (qui diminue après la ménopause), avec un calibre croissant de l'orifice vaginal au fornix.



A. Direction du corps utérin
B. Direction du col utérin
C. Direction du vagin
1. Plan du détroit supérieur
2. Axe général du vagin
3. Vessie
4. Muscle élévateur de l'anus
5. Urètre
6. Rectum
7. Fornix vaginal

Figure 6: Situation et direction de l'utérus et du vagin

1.2.1.2.2. Configuration interne

De coloration rosée, sa surface interne est très irrégulière et marquée par:

- Les rides vaginales : plis transversaux plus développés sur la ligne médiane et dans la partie inférieure du vagin. Elles régressent avec l'âge et la parité.

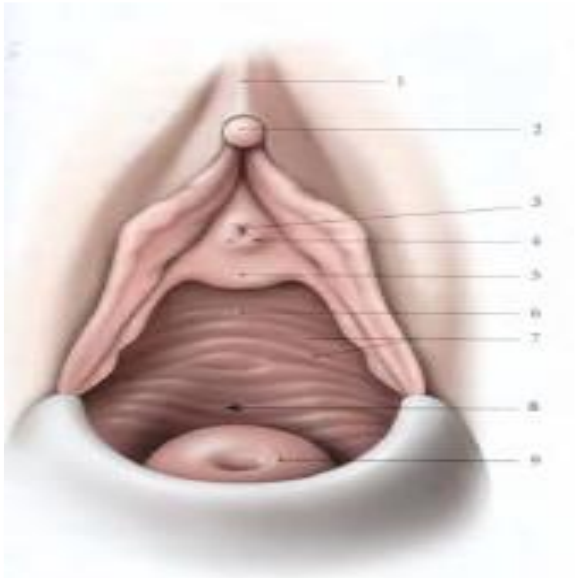
- Les colonnes des rides : antérieure et postérieure. La colonne antérieure, plus développée, commence au niveau de la carina urétrale du vagin et finit en haut en bifurquant. L'aire triangulaire comprise entre ces deux branches forme le triangle vaginal qui répond au trigone vésical. Ce sont des zones érogènes qui entrent en turgescence lors du coït.

• Les sillons de la paroi antérieure : au nombre de trois, transversaux, apparents lorsqu'il existe une traction cervicale caudale ou hystéroptose. On distingue

o Le sillon infra-urétral : proche du méat urétral, il prolonge latéralement du carina urétrale du vagin, et marque le bord antérieur de l'orifice vaginal.

o Le sillon vésico-vaginal : situé à 4 cm environ du méat urinaire ; correspond au col vésical et au ligament pubo-vésical.

o Le sillon cervico-vaginal antérieur : situé près du col utérin et correspond à l'insertion antérieure du vagin sur le col. Il sépare la zone lisse cervicale et la zone plissée vaginale et est en rapport avec le fundus vésical. C'est le sillon de la colpotomie antérieure.



1. Prépuce du clitoris
2. Gland du clitoris
3. Ostium externe de l'urètre
4. Ostium des glandes para-urétrales
5. Carina urétrale du vagin
6. Colonne antérieure
7. Rides du vagin
8. Trigone vaginal
9. Col utérin

Figure 7: Vulve et paroi vaginale antérieure

1.2.1.2.3. Moyens de fixité :

Le vagin est particulièrement bien maintenu pour résister à des contraintes quotidiennes importantes. Il constitue le hamac de soutien des viscères pelviens auxquels il est solidaire maintenu par des structures variées.

- Les septums uro-vaginal et recto-vaginal : plans d'accolement résistants, entre d'une part le vagin, la vessie et l'urètre et d'autre part le vagin et le rectum.

- L'extrémité inférieure du vagin est solidement fixée au périnée par les fascias périnéaux et le corps périnéal

- L'extrémité supérieure du vagin : fixée au col utérin et suspendue comme lui à la paroi pelvienne par les ligaments utéro-sacraux et le paracervix.

- Le tiers inférieur des faces latérales du vagin est bridé par le faisceau pubo-vaginal du muscle élévateur de l'anus. La continuité de son fascia et celui du vagin les solidarisent.

1.2.1.2.4. Rapports

➢ **Paroi antérieure** :

- En crânial : avec le trigone vésical par l'intermédiaire du septum vésico-vaginal.

- En caudal : essentiellement avec la terminaison de l'uretère qui est très adhérent à la paroi vaginale.

➢ **Paroi postérieure** :

- En crânial : avec le cap du rectum par l'intermédiaire du cul de sac de douglas.

- En caudal : avec le canal anal par l'intermédiaire du noyau fibreux central du périnée.

➢ **En latéral** :

- En crânial : avec le paramètre.

- En caudal : avec le para vagin.

1.2.1.2.5. Vascularisation

- **Artérielle :**

Les artères proviennent de chaque côté et de haut en bas des artères

- Utérines : par ses branches cervico-vaginales et vésico-vaginales

- Vaginales : au nombre de deux ou trois, qui naissent de l'artère iliaque interne, parfois d'un tronc commun avec l'utérine ou la rectale moyenne.

- Rectales moyennes : donne quelques rameaux au segment inférieur de la paroi postérieure.

- **Veineuse** :

Les tuniques vaginales se drainent dans le plexus veineux vaginal, situé de chaque côté du vagin. Chaque plexus veineux est drainé par les veines utérines postérieures, vaginales et rectales moyennes qui rejoignent la veinent iliaque interne.

- **Lymphatique :**

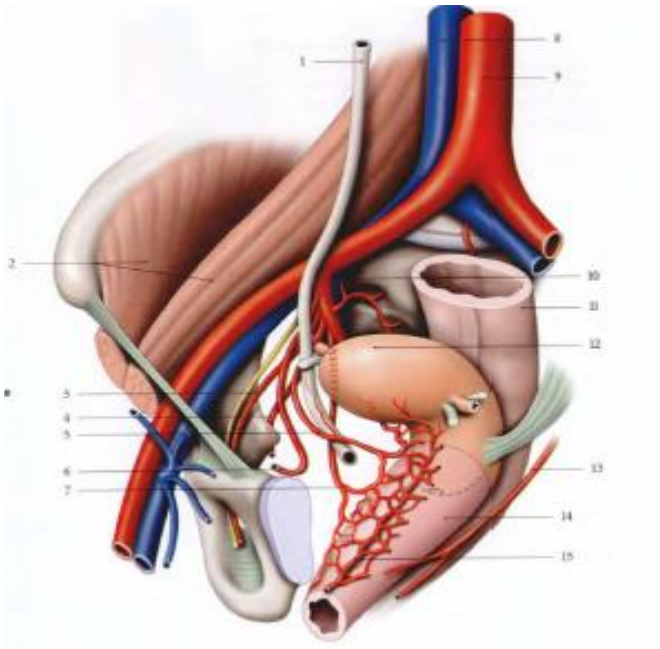
Le vagin est une véritable éponge lymphatique dont le plexus s'anastomose avec celui de l'utérus et de la vulve, ce qui explique la gravité des cancers vaginaux même à leur début. Le réseau lymphatique muqueux est extrêmement riche. Du plexus vaginal partent 4 collecteurs :

- Latéral supérieur aboutit aux nœuds obturateurs et iliaques externes médiaux

- Latéral inférieur : aboutit aux nœuds inter-iliaques et glutéaux inférieurs

- Postérieur : atteint les nœuds sacraux et rectaux moyens

- Collecteur de l'orifice vaginal : atteint les nœuds inter-iliaques



1. Uretère
2. Muscle ilio-psoas
3. Artère et nerf obturateurs
4. Artère pudendale interne
5. Artère utérine
6. Artère ombilicale
7. Artère vaginale
8. Veine cave inférieure
9. Aorte
10. Artère iliaque interne
11. Rectum
12. Utérus
13. Artère rectale moyenne
14. Vagin
15. Artère azygos du vagin

Figure 8: Vascularisation du vagin

1.2.1.2.6. Innervation

Les nerfs proviennent du plexus hypogastrique inférieur.

Le vagin est, par rapport à la vulve, pauvre en neurorécepteurs sensoriels. Cependant, la paroi vaginale antérieure et l'orifice vaginal ont une innervation plus dense que la paroi postérieure.

Dans la muqueuse siègent des terminaisons nerveuses libres et quelques ménisques du tact. Dans la tunique musculaire et surtout la tunique adventice du septum urétro-vaginal se trouvent de nombreux mécanorécepteurs qui contribuent à la valorisation des sensations sexuelles.

1.2.1.3. Le sein

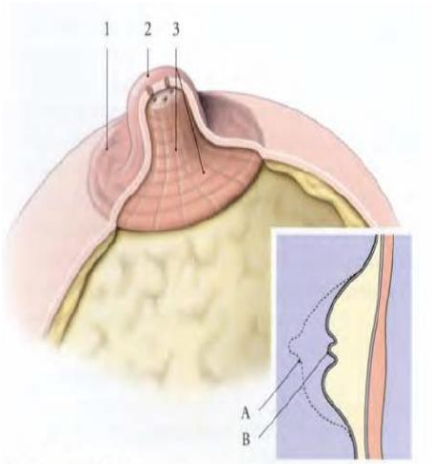
Le sein est une glande cutanée paire, lactifère et sexuelle, de consistance un peu grenue à la palpation à pleine main, riche en neurorécepteurs et en récepteurs hormonaux qui en font une zone érogène.

Il est situé en regard de l'espace compris entre la 3e et la 7e côte. Il est limité par un sillon inframammaire et un sillon supramammaire, flou, mis en évidence par le refoulement du sein vers le haut.

Le sein pèse en moyenne 150g à 200g chez la jeune fille et 400g voire plus chez la nourrice.

1.2.1.3.1. Configuration

Le sein est caractérisé par 3 zones concentriques : le mamelon ou papille mammaire, l'aréole, la peau péri-aréolaire.



B. Mamelon normal
C. Mamelon ombiliqué
1. Aréole
2. Ostium papillaire
3. Muscle sphincter de la papille

Figure 9: Configuration externe du sein

• Le mamelon ou papille mammaire : saillant au centre de l'aréole, cylindrique ou conique ; il est long d'environ 10 mm et large à sa base de 15 mm. Sur son apex s'ouvrent les ostiums papillaires des conduits lactifères.

Sous diverses stimulations, il durcit et devient plus saillant, c'est le thélotisme.

• L'aréole : large de 35 à 50 mm de diamètre, est parsemée des tubercules des glandes aréolaires (tubercules de Morgagni ou de Montgomery) sous-jacentes. Sa peau est adhérente et immobile.

Elle est légèrement latérale à la ligne médio-claviculaire, en regard du 4e espace intercostal et distante de 17 à 20cm de l'incisure jugulaire.

- La peau péri-aréolaire : mince, lisse, souple et douce au toucher. Chez la gestante et la lactante, elle laisse transparaître les veines sous-cutanées.

1.2.1.3.2. Moyens de fixité

La glande mammaire, développée dans le panicule adipeux, est encapsulée par les fascias pré- et rétromammaires, dédoublement du fascia superficiel du thorax.

- La peau mammaire : son épiderme est uni au fascia prémammaire par des tractus fibreux : les rétinaculums cutanés (crêtes de Duret)

- Les ligaments suspenseurs du sein : constitués par les nombreux septums qui unissent les fascias prémammaire et rétromammaire. Ces septums fibreux, plus denses dans les parties supérieure et postérieure de la glande, cloisonnent la glande mammaire en lobes.

1.2.1.3.3. Rapport musculo-facial

La glande mammaire repose sur le plan musculo-facial thoracique et présente un prolongement axillaire, le processus latéral ou axillaire du sein.

Ce plan musculo-facial et le fascia rétromammaires sont séparés par une couche de tissu cellulo-adipeux de 5 à 10 mm d'épaisseur, l'espace rétromammaire (bourse rétromammaire de Chassaignac) ; il assure la mobilité du sein.

Le plan musculo-facial superficiel : repose sur le muscle grand pectoral, oblique externe et droit de l'abdomen et le muscle dentelé antérieur.

Le plan musculo-fascial profond : formé des muscles petit pectoral et subclavier engainé du fascia clavi-pectoral.

1.2.1.3.4. Structure

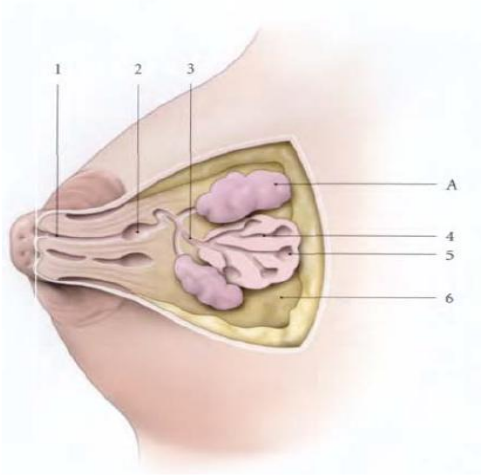
Le sein est constitué de la glande mammaire, recouverte d'un plan cutané.

L'aréole est riche en cellules pigmentaires et possède un derme exclusivement fibro-élastique, qui contient des follicules pileux, des glandes sudoripares, des glandes aréolaires et des myofibres du muscle aréolaire.

La papille mammaire est constituée d'un tégument pigmenté, sans poils ni glandes et est traversée par 15 à 25 conduits lactifères. Elle est constituée par un tissu fibro-élastique dermique, contenant des fibres musculaires lisses : le muscle sphincter de la papille dont la contraction rétrécit la lumière des conduits lactifères et durcit le mamelon qui saille en avant.

La glande mammaire est une glande tubulo-alvéolaire entourée d'un stroma de tissu conjonctif dense et adipeux. Elle est divisée par des septums interlobaires en lobes. Chaque lobe, subdivisé par des septums interlobulaires en 15 à 25 lobules irréguliers, est drainé par un conduit lactifère qui présente près de son ostium papillaire une dilatation, le sinus lactifère.

Chaque conduit lactifère se divise par dichotomie en conduits lactifères collecteurs des alvéoles glandulaires d'un lobule.

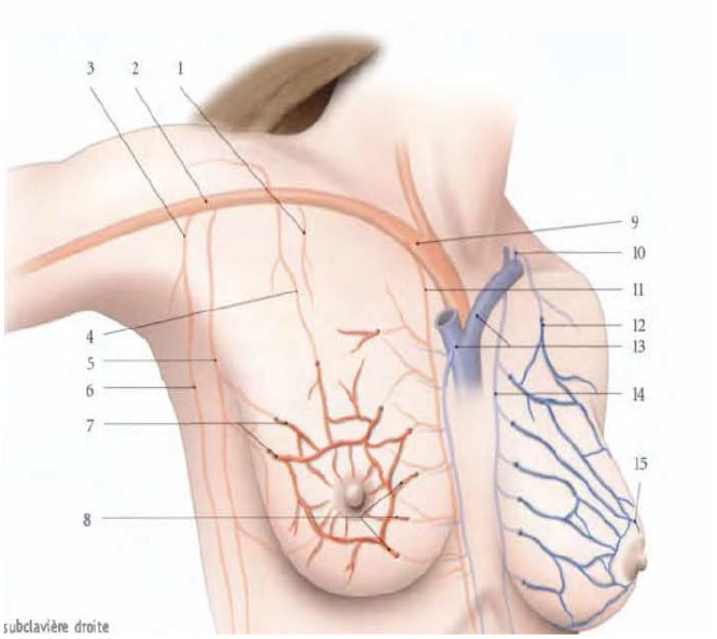


A. lobule
1. conduit lactifère
2. sinus lactifère
3. conduit lactifère intralobaire
4. conduit lactifère intralobulaire
5. acinus
6. stroma conjonctif

Figure 10: Constitution d'un lobe mammaire

1.2.1.3.5. Vascularisation

La vascularisation du sein est particulièrement riche. L'aréole est le centre vasculaire du sein, point de convergence des branches artérielles et point de départ des efférents veineux et lymphatiques.



1. Artère thoracique supérieure
2. Artère axillaire
3. Artère subscapulaire
4. Branche pectorale
5. Artère thoracique latérale
6. Artère thoraco-dorsale
7. Branches mammaires latérales
8. Branches mammaires médiales
9. Artère subclavière droite
10. Veine jugulaire externe gauche
11. Artère thoracique interne
12. Veine afférente mammaire
13. Troncs brachio-céphaliques
14. Veine thoracique interne
15. Cercle veineux périphérique

Figure 11: Artères et veines du sein

- **Artères** :

Elles proviennent de multiples origines et échangent entre elles de nombreuses anastomoses.

La vascularisation artérielle provient de trois troncs artériels :

- L'artère thoracique interne, artère principale issue de la subclavière aborde par ses collatérales les 2ème, 3ème, 4ème espaces intercostaux et la face postérieure de la glande. Elle vascularise un peu plus de la moitié supérieure de la glande.

- L'artère axillaire vascularise la glande par l'artère thoracique latérale et ses propres collatérales. Elle aborde la glande mammaire à partir du creux axillaire dans sa partie externe et inférieure. Elle est visible en superficie.

- Les artères intercostales se ramifient le long du grand pectoral et abordent la glande par sa face postérieure.

La distribution s'effectue par :

● Des rameaux profonds qui pénètrent l'épaisseur de la glande, se ramifient entre les lobes et les lobules et se terminent par un réseau capillaire péri-acineux.

● Des rameaux superficiels ou cutanés très denses avec de nombreuses anastomoses entre eux et avec la circulation thoracique de voisinage. Autour de l'aréole et à partir des vaisseaux principaux, la vascularisation s'organise en anneau autour de l'aréole à partir de branches dirigées vers le mamelon et radiaire vers la périphérie.

➢ **Veines :**

Le réseau veineux assure un drainage :

- Médian vers les veines thoraciques internes
- Latéral vers la veine axillaire
- Postérieur vers les veines intercostales Le réseau superficiel péri-aréolaire et périmamelonnaire constitue le réseau de Haller particulièrement visible. Le réseau profond, non visible, chemine entre les lobes.

➢ **Lymphatiques** :

Le drainage lymphatique du sein est centrifuge vers les lymphocentres axillaires et parasternaux. Il n'existe aucun collecteur direct vers les nœuds lymphatiques supraclaviculaires. Les collecteurs mammaires sont caractérisés par leur variabilité de nombre selon les sujets.

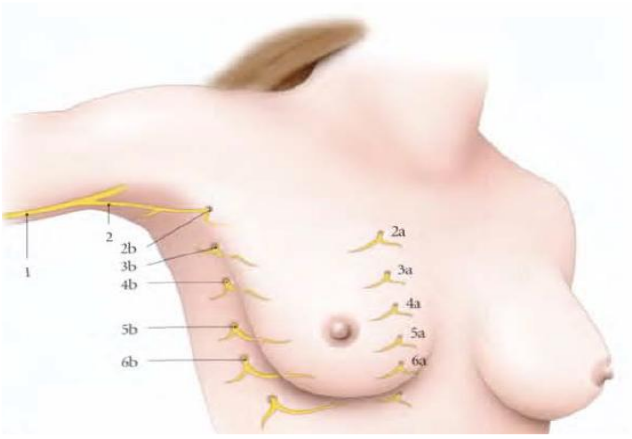
➢ **Nerfs**

Deux groupes de nerfs :

- Nerfs superficiels, cutanés issus des plexus cervical, brachial et des nerfs intercostaux

- Nerfs profonds qui suivent le trajet des vaisseaux dans la glande

Tous ces nerfs envoient de nombreuses ramifications vers l'aréole et le mamelon, zones extrêmement sensibles. L'excitation de ces nerfs entraîne l'érection du mamelon et la contraction des canaux galactophores à leur extrémité.



1. Nerf cutané médial du bras
2. Nerf intercosto-brachial

2a, 3a,4a,5a, 6a : rameaux cutanés antérieurs des nerfs intercostaux 2,3,4,5 et 6.

2b,3b,4b,5b,6b : rameaux cutanés latéraux des nerfs intercostaux 2,3,4,5 et 6

Figure 12: Innervation du sein

1.2.2. Rappels physiologiques

1.2.2.1. Physiologie du rapport sexuel normal :

La connaissance de la physiologie de la sexualité a bénéficié des travaux de William Masters et Virginia Johnson, sexologues nord-américains, qui ont publié à la fin des années 60 les résultats de leurs observations sur des volontaires hommes et femmes, ainsi que leur méthode de traitement des difficultés sexuelles. Ces observations ont été complétées par Helen Kaplan et Harold Lief vers la fin des années 70 puis plus récemment par Rosemary Basson.

D'une manière générale, pour que la sexualité féminine soit épanouie, il faut[19]:

- Une intégrité anatomique avec équilibre neuro-hormonal,

- Une intégrité vulvo-vestibulaire,

- Une sensibilité clitoridienne normale,
- Une vie de couple épanouie,
- Des conditions socioéconomiques favorables,
- Une libido intacte,
- La reconnaissance du plaisir et de l'orgasme.

La réponse sexuelle est une expérience psychique et physiologique pour laquelle diverses modélisations ont été proposées comme celle de Masters et Johnson (phase d'excitation, plateau, orgasme, résolution) ou celle de Kaplan qui fait précéder l'excitation par une phase de désir et qui ne reprend pas celle de plateau [20].

1.2.2.1.1. La réponse sexuelle féminine

L'activité sexuelle est principalement divisée en quatre phases[17] :

- La phase d'excitation généralement précédée de désir
- La phase de plateau
- L'orgasme
- La phase de résolution

➢ **La phase du désir** :

D'un point de vue biologique et finaliste : le désir sexuel est une impulsion instinctive vers l'accomplissement d'un rapport sexuel dont le but est d'assurer la perpétuation de l'espèce.

Le désir sexuel ou libido est une pulsion psychobiologique, qui s'alimente de deux sources : sensorielle exogène et endogène correspondant aux fantasmes et aux idées sexuelles. Il est caractérisé en plus des idées et fantasmes érotiques par le

souhait d'avoir des rapports sexuels. C'est donc la recherche de l'accession à un objet de plaisir qui incite un individu à avoir un comportement sexuel.

On reconnait dans le désir sexuel, d'une part une composante biologique, neuroendocrinienne et, d'autre part une composante affective venant moduler la composante biologique de manière stimulante et inhibitrice. On peut distinguer un désir sexuel « spontané » en relation avec des stimuli intrinsèques affectifs, fantasmatiques et cognitifs et un désir sexuel « réactif » en réponse à une excitation physique[20].

Le désir précède et déclenche l'excitation et constitue une phase de préparation à l'acte sexuel[20].

- **La phase d'excitation** :

La physiologie de l'excitation sexuelle peut être décrite comme une augmentation de l'activité du système nerveux autonome qui va permettre de préparer le corps à une activité sexuelle.

La phase d'excitation résulte de stimulations cérébrales (visuelles, auditives, fantasmatiques) et/ou périphériques en particulier périnéales. La survenue des réponses sexuelles pelvi-périnéales nécessite l'intégrité de l'innervation sympathique d'origine spinale thoraco-lombaire (T12-L2), parasympathique d'origine spinale sacrée (S2-S4) et somatique sacrée (S2-S4) [20]:

- Le système parasympathique permettant une augmentation du flux sanguin vers la sphère génitale et le tissu érectile clitoridien

- Le système sympathique permettant une augmentation du débit sanguin cardiaque, une augmentation de la vascularisation artérielle vers les muscles lisses et les organes génitaux.

Il faut noter que les axones du centre somatique sacre empruntent les racines sacrées antérieures correspondantes puis le nerf pudendal qui rejoint le périnée par le canal d'Alcock.

Le système nerveux autonome contrôle la vascularisation pelvipérinéale, le tonus de la musculature lisse ; le nerf pudendal commande la contraction des muscles striés périnéaux, en particulier les élévateurs. L'innervation sensitive emprunte non seulement les nerfs pudendaux mais également les nerfs hypogastriques et pelviens et la chaine sympathique lombosacrée.

Cliniquement plusieurs modifications sont observées :

- La congestion du clitoris et des petites lèvres
- La lubrification vaginale (augmentation du transsudat issu de la vasodilatation des capillaires des parois du vagin, facilité en particulier par l'imprégnation du milieu local en estradiol qui participe à la régulation des aquaporines et du NO essentiels à sa production.
- L'écartement des grandes lèvres qui s'aplatissent contre le périnée,

➢ **La phase de plateau** :

Elle consiste en la réalisation du coït ou la poursuite de la stimulation (ex. : masturbation). Les phénomènes de la phase d'excitation y restent stables, au maximum de leur développement.

Lors d'un rapport sexuel avec pénétration vaginale du pénis, deux types de stimulations peuvent être distinguées : une stimulation clitoridienne et une stimulation de la partie supérieure du vagin et de col utérin. Ces structures possèdent une innervation distincte et des projections cérébrales différentes.

Lors de la pénétration vaginale, le pénis stimule donc le clitoris dans sa totalité en appliquant une pression contre l'arche pubienne (partie antérieure) et au niveau

de l'introitus (racines latérales) aidé par la contraction des muscles périnéaux, et une stimulation profonde de la partie du vagin et du col utérin[20].

On note durant cette phase un changement de forme du vagin qui prend l'aspect d'une poire : rétrécissement du tiers inférieur sous l'effet de la contraction du diaphragme périnéal et élargissement du fond vaginal sous l'effet de la contraction du levator ani (diaphragme pelvien) réalisant une ballonisation. Ceci constitue la « plate-forme orgasmique »[21].

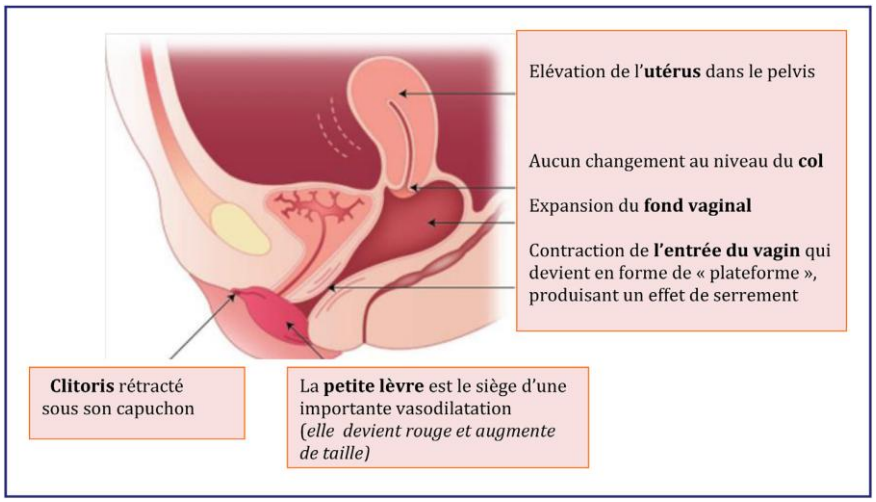


Figure 13: L'expansion du vagin et l'élévation de l'utérus pendant le coït d'après l'illustration de John Yanson *[21]*.

- **L'orgasme** :

L'orgasme est un processus neuropsychophysiologique complexe marquant habituellement le paroxysme de la réponse sexuelle. Il s'agit d'une sensation de plaisir intense.

L'orgasme peut être défini comme « une sensation de plaisir intense provoquant un état de conscience modifié, accompagné de contractions de la musculature des muscles striés à l'entrée du vagin qui amènent une sensation de bien-être »[22].

Diverses études (en particulier chez des femmes paraplégiques) ont expérimentalement objectivé le fait qu'il existe une zone vaginale (non réduite à

un point particulier) et donc distincte du clitoris, capable de déclencher l'orgasme[17] [23]

Chez l'homme l'orgasme est rapide et correspond à l'éjaculation. Il est unique au cours d'une séance coïtale. Chez la femme, par contre, l'orgasme est réfractaire, difficile à atteindre (plus d'un tiers des femmes rapportent ne pas avoir d'orgasme). Il peut être unique ou multiple au cours d'une même séance coïtale (possibilité d'orgasmes répétés à quelques secondes les uns des autres avec absence de période réfractaire [17].

L'orgasme commence quelques secondes avant les huit à dix contractions musculaires saccadées et involontaires du vagin et des muscles de la région génitale et anale. La stimulation doit être maintenue jusqu'à l'orgasme car contrairement à l'homme, la femme n'a pas de point de non-retour et un arrêt de la stimulation entraîne une retombée de l'excitation.

La sensation orgasmique est rapportée au moment des contractions stéréotypées des muscles pelvipérinéaux incluant les sphincters urétral externe et anal ainsi que la musculature circonvaginale. De plus, l'orgasme féminin est associé à des contractions de la musculature lisse du vagin et de l'utérus synchronisées avec les contractions des muscles striés pelvipérinéaux.

L'orgasme s'accompagne de des modifications physiologiques systémiques témoignant d'une activation du système nerveux sympathique :

- La pression artérielle, la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire sont augmentées

- Des rougeurs cutanées, des réactions sudatoires et une érection des mamelons sont parfois notées

- Le seuil de douleur est accru de manière significative lors de l'orgasme mais la sensibilité non nociceptive est inchangée

Sur le plan hormonal, l'orgasme s'accompagne d'une augmentation aiguë des taux sanguins des neurohormones : ocytocine et prolactine [24] [25].

➢ **La phase de résolution** :

Les phénomènes caractéristiques de la phase d'excitation diminuent rapidement. La résolution se manifeste par une relaxation des muscles et une diminution de la vasodilatation périnéale. Pendant cette phase, la femme a une sensation de satisfaction et d'euphorie. La femme pouvant avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas, la phase de résolution ne survient alors qu'après le dernier orgasme [20]

Si les stimulations cessent, la phase d'orgasme est suivie d'une phase de détumescence génitale faisant retrouver au corps un état de repos.

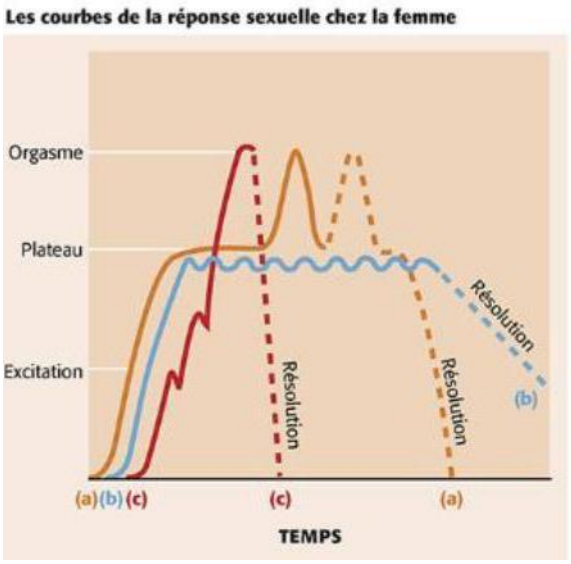


Figure 14: Le modèle en 4 phases de MASTERS et JOHNSON chez la femme

1.2.2.1.2. Modulateurs de la réponse sexuelle féminine

➢ **Au niveau périphérique** :

En périphérie chez la femme, les neuromédiateurs libérés par les terminaisons nerveuses autonomes médiant la réponse vasculaire périnéale (vulve, clitoris, vagin) et les variations de tonus de la musculature lisse du vagin sont [20] [26]:

- L'acétylcholine,

- La noradrénaline mais également
- Le vasoactive intestinal peptide (VIP) : prépondérant dans la régulation du flux sanguin génital car il est en grande concentration dans ces tissus et la concentration de VIP augmente lors de l'excitation
- Le monoxyde d'azote (NO), médiateur augmentant le flux sanguin génital chez la femme pendant la phase d'excitation
- Le neuropeptide Y et substance P.

➢ **Au niveau central** :

➢ **Les neuromédiateurs centraux peuvent faciliter ou inhiber la réponse sexuelle féminine**.

❖ **La dopamine** :

Facilitatrice, elle est présente dans l'aire tegmentale ventrale, ainsi que dans l'hypothalamus. L'effet de la dopamine sur le comportement sexuel est médié par les récepteurs D2 [27].

Chez la femme, la dopamine est impliquée dans le désir sexuel de façon directe ou indirecte par l'intermédiaire de la prolactine [28] [29]. Une baisse de la libido a été corrélée à un taux bas de dopamine [20] .

❖ **L'ocytocine :**

Synthétisée dans les noyaux paraventriculaire et supraoptique de l'hypothalamus, puis transportée pour être stockée dans l'hypophyse. L'ocytocine est libérée dans la circulation générale après stimulation du col de l'utérus au cours du travail et après succion du mamelon pendant l'allaitement. La libération d'ocytocine est stimulée par l'estradiol, la contraception oestroprogestative, l'hypoglycémie et l'angiotensine. Cette libération suit un rythme nycthéméral et menstruel. Il existe ainsi un pic de sécrétion lors de l'ovulation et la concentration plasmatique d'ocytocine est plus importante pendant la phase lutéale.

Il a été proposé que l'ocytocine, « l'hormone de la tendresse » car elle favorise le comportement affectueux dans les interactions non sexuelles augmente également pendant la phase d'excitation et l'orgasme en fonction de l'intensité de celui-ci. L'ocytocine apporterait ainsi une sensation de satisfaction et de satiété après la relation sexuelle[30].

- **L'alpha-melanocyte stimulating hormone (α-MSH)** est un polypeptide résultant de l'hydrolyse d'une prohormone : la pro-opiomélanocortine (POMC), également à l'origine de l'ACTH, des lipotropines, d'endorphines et d'enképhalines, au niveau de l'hypophyse. La sécrétion d'α-MSH est contrôlée par l'hypothalamus [17].
- **La sérotonine**

Impliquée dans la régulation de l'humeur et donc dans les phénomènes d'anxiété et de dépression. Dans la région limbique, la sérotonine intervient dans le contrôle du plaisir et de la motivation. Une augmentation de la sérotonine dans le système nerveux central diminuerait globalement l'activité sexuelle en diminuant le désir sexuel et en inhibant l'orgasme [29].

- **Les modulateurs hormonaux**
- **Les estrogènes** :

La principale forme d'estrogènes est l'estradiol 17_ ou E2. À l'étage central, les estrogènes influenceraient la libido chez la femme en ayant un effet direct sur des neurones de l'hypothalamus au niveau de l'aire suprachiasmatique. En périphérie, les estrogènes sensibilisent la peau qui est une structure clé pour les stimuli sexuels externes. Les estrogènes exercent également un effet important sur la trophicité vaginale ainsi que sur la lubrification. Le rôle de la progestérone dans la réponse sexuelle féminine reste mal connu [17] .

- **La testostérone et le _4-androstènedione**

Chez la femme, sont synthétisés par le stroma ovarien et la thèque interne du follicule. La concentration sanguine de testostérone est plus élevée pendant la phase lutéale qu'au cours de la phase folliculaire et un pic de sécrétion a lieu au moment de l'ovulation. La testostérone est produite par l'ovaire (5 à 25 %), par la glande surrénale, mais surtout par conversion périphérique à partir de l'androstènedione (50 %). La testostérone est présente chez la femme sous forme libre (2 %), à 66 % liée à la SHBG et 32 % liée à l'albumine. La testostérone libre plasmatique, bien qu'en faible quantité, est le principal modulateur androgénique chez la femme. La testostérone exerce un rôle stimulant sur le désir sexuel par une action cérébrale notamment par le biais de récepteurs situés au niveau de l'aire préoptique médiane de l'hypothalamus et du système limbique. Une certaine proportion de testostérone est convertie en estradiol dans le cerveau. Il est difficile de distinguer les effets propres de la testostérone et ceux de l'estradiol sur le comportement sexuel féminin [17].

- **La prolactine**

est une hormone antéhypophysaire sécrétée par les cellules lactotropes dont le taux suit un rythme nycthéméral avec un pic entre quatre et dix heures. Il existe de nombreux modulateurs de la sécrétion de cette hormone, le Prolacting Inhibiting Factor, d'origine hypothalamique, inhibe sa sécrétion de même que des neurotransmetteurs comme le GABA et l'acétylcholine(9). Le VIP, les sérotoninergiques, les opioïdes, la substance P et les estrogènes induisent sa libération. La prolactine influence le désir sexuel féminin [25]. Une concentration de prolactine trop élevée diminue l'intérêt sexuel [27] en cas d'hyperprolactinémie secondaire à un adénome antéhypophysaire et chez les femmes allaitantes. Chez celles-ci, d'autres facteurs psychologiques entraînant une perturbation de l'humeur avec anxiété et dépression pourraient également être impliqués. Une augmentation de la prolactine post-orgasmique serait le signal

d'une satisfaction du désir et exercerait ainsi un rétrocontrôle négatif sur l'activité sexuelle[31].

❖ **Le cortisol**

Glucocorticoïde d'origine surrénalienne, a un rôle encore mal connu sur le désir. Les cas d'hypercortisolismes chroniques (syndrome de Cushing) sont associés avec une diminution de la libido féminine alors que l'administration aiguë de glucocorticoïdes paraît l'augmenter.

❖ **La déhydroépiandrostérone et son sulfate (DHEA et la DHEAS)**

Stéroïdes sécrétés presque exclusivement par la corticosurrénale (environ 80 % de DHEA et 90 % de DHEAS) [17]. La principale action biologique de ces hormones est liée à leur conversion en androgènes : androstènedione, testostérone et dihydrotestostérone et en estrogènes (estradiol) par des enzymes dans les tissus périphériques. Au niveau ovarien, la DHEA sert d'intermédiaire dans la synthèse des hormones sexuelles. La DHEA et la DHEAS sont également considérées comme des neurostéroïdes car elles sont synthétisées au niveau du cerveau.

La sécrétion de DHEA suit un rythme circadien parallèle à celui du cortisol avec un pic induit par l'ACTH le matin vers 8 h. La DHEA est sécrétée de façon pulsatile et la DHEAS en continu [17]. Le pic de production est atteint entre 18 et 25 ans, ensuite, ces concentrations vont en décroissant avec l'âge. Cette diminution est liée à une baisse de la sécrétion surrénalienne. Chez la femme, c'est uniquement après 70 ans, lorsque le taux de DHEA est alors équivalent à 20 % de celui retrouvé chez la jeune femme, qu'il y aurait une diminution de la libido par la diminution de l'effet androgénique de la DHEA [32]. Avant 70 ans, les modifications éventuelles du désir sexuel chez la femme ne sont pas imputables au taux de DHEA.

1.2.2.1.3. Particularités de la sexualité après l'accouchement

L'arrivée de bébé a des effets variables sur les couples. Bien que la plupart soient heureux et fiers de devenir parents, la vie réelle de tous les jours change et cela affecte incontestablement la sexualité des nouveaux parents [33] [34]. La sexualité en post-partum est un sujet préoccupant pour les couples. Les principales inquiétudes sont semblables entre les hommes et les femmes et concernent les sujets suivants : le retour au coït, le besoin de contraception, la récupération physique suite à l'accouchement et l'allaitement [34].

La reprise de la sexualité se produit en moyenne six semaines après l'accouchement soit une « franchise » de presque deux mois. Cependant, au bout de six mois d'abstinence, s'instaure dans le couple une relation fraternelle d'où est exclue toute sexualité. Toutes les réactions physiologiques génitales sont ralenties en intensité et durée, jusqu'à environ 3 mois postpartum.

Il est communément admis un retour aux activités sexuelles plus lent chez les femmes ayant accouché par voie vaginale mais controversé[34].

La majorité des couples rencontre des difficultés lors de la reprise de la sexualité mais la morbidité des difficultés sexuelles dans le post-partum passe de 83% dans les trois premiers mois à 64 % au bout de six mois[35] . La présence de déchirures, de lacérations et/ou de traumatisme du périnée affecte aussi la sexualité postnatale des femmes tel que noté par Signorello et al sur dans leur étude sur 626 femmes aux USA [36]. Ils ont affirmé que le degré du traumatisme du périnée est directement relié à la douleur lors du premier coït post-accouchement et est aussi associé à la dyspareunie à trois mois après l'accouchement.

Après l'accouchement, le taux bas de Prolactine et d'œstrogènes entraine la baisse du désir et sécheresse vaginale et de fait une baisse de la fréquence du coït.

1.2.2.2. Physiologie du post partum

1.2.2.2.1. L'Utérus

- **L'involution utérine**

L'utérus se rétracte, se contracte et involue rapidement après la délivrance. Cette involution sera favorisée par la lactation immédiate après l'accouchement grâce aux taux circulants élevés d'ocytocine.

Son volume diminue rapidement ainsi que son poids (d'1,5 kg après l'accouchement à 70 g au 8ème jour, c'est-à-dire la taille d'une orange). L'involution est très rapide les deux premières semaines, puis beaucoup plus lente. Elle ne sera totale qu'au bout de deux mois minimum où l'utérus reprend sa taille normale d'environ 6 cm et un poids de 50 g (taille d'une figue).

Durant l'involution, le segment inférieur disparaît et le col se reconstitue pour retrouver sa consistance et sa longueur en une semaine environ. Après 10 jours, l'orifice interne se referme tandis que l'orifice externe demeure légèrement déhiscent jusqu'au 20ème jour.

Sur le plan histologique, l'involution utérine s'explique par la disparition de l'œdème, le retour à la normale de la longueur des fibres musculaires et une dégénérescence des fibres musculaires néoformées.

- **La régénération de la muqueuse endométriale**

L'endomètre évolue en quatre phases :

- Une phase de régression : de l'accouchement au 5ème jour
- Une phase de cicatrisation indépendante des sécrétions hormonales : du 6ème au 25ème jour;
- Une phase hormonale de régénération : du 25ème au 45ème jour sous l'effet de la stimulation œstrogénique ;

• Une phase de reprise du cycle menstruel. En l'absence de lactation, elle peut s'observer à partir du 45ème jour. Les premier et plus rarement deuxième cycles qui suivent l'accouchement, sont habituellement anovulatoires et le retour de couches correspond en fait à une hémorragie de privation.

Si la femme allaite, le retour de couches est décalé avec une phase d'aménorrhée pendant les 4 premiers mois puis des menstruations sont possibles au-delà même si l'allaitement est poursuivi. En revanche, si l'allaitement n'est pas exclusif ou dès son arrêt, les premières menstruations surviennent dans les six à huit semaines suivantes.

1.2.2.2.2. Les voies génitales basses

Durant les jours qui suivent l'accouchement, l'épithélium vaginal régresse, ce qui entraine une atrophie à ce niveau mais il retrouve rapidement sa tonicité et sa trophicité sous l'influence des œstrogènes ; les érosions superficielles cicatrisent en quelques jours et les plus profondes (déchirures, épisiotomie) se réépithélialisent spontanément.

La vulve peut rester béante quelques jours mais reprend sa tonicité et perd son aspect congestif dès le 2ème jour. L'hymen, dilacéré par le passage du fœtus, est remplacé par des cicatrices appelées caroncules myrtiformes.

Les muscles périnéaux et les releveurs reprennent leur tonus en six à huit semaines s'ils n'ont pas été lésés pendant l'accouchement. Il peut cependant exister des déchirures périnéales fermées cachant des microlésions voire des ruptures partielles des muscles.

1.2.2.2.3. Les glandes mammaires

Pendant la grossesse, les alvéoles mammaires prolifèrent sous l'action de l'Hormone Lactogène Placentaire (HLP) avec une prolifération intense des canaux galactophores et des acinis ; cependant l'activité sécrétoire est bloquée par les œstrogènes.

Dès l'accouchement, les cellules alvéolaires s'hypertrophient et se différencient. La réalisation et le maintien de l'allaitement sont sous contrôle hormonale ; la chute des hormones stéroïdiennes gravidiques et la succion fréquente du mamelon qui va engendrer une sécrétion de prolactine PRL et d'ocytocine hypophysaires, permettent la production lactée avec dans un premier temps la sécrétion de colostrum.

À partir de 48 heures après la naissance, une congestion mammaire passagère (d'environ 24 heures) correspondant à la galactogenèse de stade II peut s'accompagner d'une élévation transitoire de la température à 38°. Cette congestion est communément appelée « montée de lait » ; la composition du lait est alors modifiée en lait mature.

1.2.2.2.4. Les fonctions urinaires et digestives

Une crise urinaire est fréquente dans les premiers jours avec une diurèse pouvant atteindre 2 l à 2,5 l/24 h ; cependant, du fait de l'atonie vésicale et de l'éventuel traumatisme dû à l'accouchement, une possible rétention urinaire doit être recherchée d'autant plus qu'elle est souvent latente et indolore et pourra entrainer une mauvaise rétraction utérine. Elle peut aussi être suscitée par l'anesthésie locorégionale.

La patiente peut aussi présenter une incontinence urinaire d'autant plus précocement que des signes existaient en fin de grossesse mais celle-ci sera le plus souvent transitoire. L'alimentation peut être reprise deux heures après l'accouchement en l'absence de complication.

L'appétit est normal voire augmenté en cas d'allaitement.

La constipation est très fréquente et transitoire ; liée aux facteurs mécaniques et hormonaux de la grossesse et de l'accouchement, elle peut également être corrélée à une peur de pousser en raison de la présence d'une suture périnéale.

Une crise hémorroïdaire, favorisée par la constipation et la stase veineuse de la fin de grossesse, est possible en relation notamment avec les efforts de poussée développés pendant l'accouchement.

1.2.2.2.5. L'état psychique

Les variations hormonales importantes, l'épuisement physique occasionné par l'accouchement et le manque de repos favorisent, entre le 3ème et 5ème jour du post-partum, à des degrés divers, l'apparition de réactions émotionnelles à type de larmes, irritabilité, troubles du sommeil, de l'appétit, fatigue… Cette déprime transitoire ou « baby blues » concerne 50 à 70 % des mères et ne doit pas être confondu avec la dépression postnatale qui peut compromettre la santé de la mère et la relation de la mère et de l'enfant.

1.2.2.2.6. Les variations hormonales

L'accouchement est suivi de la chute brutale des hormones d'origine placentaire (progestérone, œstrogènes) ; en revanche, le taux de PRL est très élevé.

● Chez la femme non allaitante, la prolactine disparaît au bout de 10 à 12 jours. Le taux de FSH très bas après l'accouchement, réaugmente pour atteindre un taux normal vers la fin de la 3ème semaine, ce qui induit une sécrétion progressive des œstrogènes ; de même, le taux de LH réaugmente progressivement au bout d'un mois ; le pic de LH et l'ovulation se produisent en moyenne vers le 45ème jour après l'accouchement (l'ovulation ne survenant jamais avant le 25ème jour).

● Chez la femme allaitante, la tétée induit des pics de PRL ; ces taux élevés retardent l'apparition de la 1ère menstruation mais cette réponse diminue pour disparaître au bout de 60 jours ; les taux de PRL se normalisent en moyenne vers 112 jours permettant la libération de l'axe hypothalamo-hypophysaire ; la 1ère ovulation sera donc possible vers 4 mois.

1.2.2.2.7. Les variations biologiques

Les modifications humorales : taux de lipides, de protides, tolérance aux glucides, taux de globules rouges et blancs de la grossesse reviennent progressivement à des taux normaux. L'hypercoagulabilité se normalise en deux à trois semaines sauf pour le fibrinogène en deux mois ce qui rend cette période propice à l'apparition d'accidents thromboemboliques.

Face à ce retour lent aux normes, les bilans de contraception ou autres examens sanguins complémentaires ne devront pas être prescrits avant le 3ème mois du post-partum.

1.2.2.2.8. Autres modifications

● Les angiomes stellaires et l'érythrose palmaire disparaissent en quelques semaines du post-partum, le plus souvent au cours du 2ème mois, mais 10 % peuvent persister. Une récidive des angiomes stellaires, sous contraception œstroprogestative, est possible.

● Le Mélasma (chloasma ou masque de grossesse) : s'atténue en 6 à 18 mois et disparaît totalement dans 70 % des cas.

● Les cheveux : on observe un passage en phase télogène dans le post-partum se produisant 1 à 5 mois après l'accouchement entrainant une chute diffuse des cheveux pouvant durer plusieurs mois. La récupération est quasi-complète en 1 à 2 ans. Il est capital de rassurer les patientes présentant cet état.

● Les poils : l'hyperpilosité des poils sexuels, des jambes, des bras, de la lèvre supérieure, de la ligne médiane abdominale diminue progressivement et partiellement. Ainsi, le duvet disparaît après l'accouchement alors que poils terminaux peuvent persister.

● Les vergetures apparues au cours de la grossesse s'atténuent et pâlissent dans le post-partum mais ne disparaissent jamais.

● L'œil et la vision : les troubles de la réfraction, en particulier la myopisation de fin de grossesse régresse en quelques semaines.

1.2.2.3. Différents points de vue autour de la sexualité en post partum

Comme le rappelle l'OMS, la sexualité est influencée par des facteurs culturels,religieux et spirituels. La religion et l'appartenance à une culture peuvent ainsi conditionner la reprise de la sexualité en post-partum dans un couple.

1.2.2.3.1. Point de vue anthropologique

Il existe différentes positions quant à la reprise de la sexualité en post-partum selon les tribus et les croyances qui en découlent.

La variation du délai de reprise de la sexualité est de deux semaines à un an. [37]

1.2.2.3.1.1. Tribu asiatique :

Les Chuckchee appartiennent à une tribu vivant en Sibérie et élevant des rennes. Dans le post-partum, ils préconisent une reprise rapide des rapports sexuels afin que la femme ne se referme pas complètement après s'être ouverte. [37]

1.2.2.3.1.2. Tribu africaine

Dans de nombreuses tribus d'Afrique, la polygamie est de règle. Les hommes s'impliquent peu dans l'éducation des enfants. La femme se consacre entièrement à l'allaitement maternel et à son enfant dans le postpartum. Les conditions socio-économiques sont telles, qu'une deuxième grossesse mettrait en danger la vie du premier enfant, en inhibant le processus de lactation par rétrocontrôle hormonal.

La reprise de la sexualité s'effectuerait donc aux environs du sixième mois du postpartum. [37]

1.2.2.3.1.3. Tribu océanique

Les Arapeshs, tribu de Nouvelle-Guinée, attendent que l'enfant ait un an pour reprendre une sexualité.

Ce moment correspond à l'âge de la marche, du sevrage et d'une certaine

« indépendance » de l'enfant. Cette abstinence leur permet de réguler les naissances.

Elle procure également aux femmes l'assurance de la contribution du mari à l'éducation des enfants, seul moyen pour lui de « mériter » la sexualité conjugale. [37]

1.2.2.3.2. Positions de trois religions monothéistes

Les pratiques religieuses prennent une place moins notable dans notre société que les siècles précédant. Cependant, il parait nécessaire de connaitre les coutumes correspondant aux religions phares les plus représentées.

Dans les religions, le symbole d'impureté majeure est le sang. Les lochies s'écoulent durant une quinzaine de jours après l'accouchement.

Les femmes en postpartum doivent donc procéder à une purification pour entrer en contact avec le sacré, par respect envers leur religion.

Le principal vecteur de purification est l'eau, dans les religions étudiées.

1.2.2.3.2.1. Le christianisme

La bible n'interdit pas la pratique du culte après l'accouchement. Il persiste néanmoins une tradition d'impureté de la femme. Elle doit donc attendre 40 jours avant de se rendre à l'église et de procéder à la réalisation des « relevailles ».

Cette cérémonie permet de purifier la femme avec de l'eau bénite comme la Vierge Marie après la naissance de Jésus. Elle rend également possible la présentation de l'enfant à l'église.

La fonction maternelle apparait plus essentielle que la fonction d'épouse dans la bible. Le culte de la Madone reste prépondérant. Une madone n'a pas de sexualité, elle n'est pas touchée mais vénérée.

En ce qui concerne l'alimentation du nouveau-né, l'Eglise encourage l'allaitement maternel avec les nombreuses représentations de Maria Lactans. La contraception reste interdite, l'acte sexuel ayant pour seul but la reproduction des êtres humains. [37]

1.2.2.3.2.2. L'islam :

L'accouchement fait partie des actes figurant parmi les impuretés majeures dans le Coran.

C'est pourquoi la femme est isolée dans une pièce de la maison avec son enfant et ne dort pas dans le lit conjugal pendant 40 jours. Les femmes faisant partie de son entourage l'assistent en ce qui concerne les tâches ménagères, le bain du nouveau-né… lui permettant de se reposer.

Elle n'est donc jamais seule en dépit du fait qu'elle soit exclue de la vie religieuse et sociale. Au terme des 40 jours d'impureté, l'accouchée se purifie à l'aide d'un bain rituel : « le ghusl ». Le couple peut alors reprendre une sexualité.

La maternité est un élément capital dans la vie d'une femme musulmane. L'allaitement est décrit dans le Coran comme un devoir sacré pour une mère. La religion musulmane conseille un allaitement maternel pendant 2 ans même si l'enfant ne tête plus car il a besoin de l'odeur, de l'énergie et de l'âme de sa mère. La contraception n'est pas interdite dans l'Islam dans le sens où l'équilibre de la famille est la priorité, ainsi, les parents peuvent choisir le nombre d'enfants désirés. La procréation est cependant recommandée. [37]

II. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'etait déroulée dans la ville de Cotonou au Bénin. Il s'agit d'une ville cosmopolite dont le choix repose sur :

- la possibilité d'atteindre la plupart des groupes sociodémographiques ;
- l'adhésion facile d'une population citadine à l'étude ;
- l'accessibilité aux centres de santé ;
- la limitation des ressources matérielles et financières.

2.1.1. Aperçu général de la république du Bénin

Située sur la côte Ouest de l'Afrique dans le Golfe de Guinée, la République du Bénin couvre une superficie de 114.763Km2 pour une population estimée à 11 884 127 habitants en projection 2019 par l'INSAE[38].

Elle s'étend de l'Océan Atlantique au Sud au fleuve Niger au Nord sur une longueur de 700 km, sa largeur varie de 125 km (le long de la cote) à 325 km (à la latitude Tanguiéta-Ségbana). Elle est limitée à l'Est par le Nigéria, au Nord- Ouest par le Burkina-Faso et à l'Ouest par le Togo. Elle compte 12 départements dont celui du littoral réduit à la ville de Cotonou.

Aspect géographique de la ville de Cotonou

La ville de Cotonou est située au sud du Bénin au croisement des 6°20 de parallèle Nord et de 2°20 méridien, sur le cordon littoral et s'étend entre le lac Nokoué et l'Océan Atlantique. Elle est limitée au nord par la commune de So- Ava et le lac Nokoué, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par la commune de SèmèKpodji et à l'Ouest par celle d'Abomey-Calavi. Cotonou jouit d'un climat de type subéquatorial avec une alternance de deux saisons sèches (Décembre à Mars et Aout à Septembre) et de deux saisons pluvieuses (Avril à Juillet et Septembre à Novembre) sources de graves inondations de la ville. Sa superficie est de 79 km².



Figure 15: Carte du Bénin (Ville de Cotonou)

- **Aspect sociodémographique**

La commune de Cotonou compte 1.228.667 habitants (INSAE projection 2021)[39]. La population est à prédominance féminine. Sur le plan administratif, Cotonou, capitale économique du Bénin est divisé en 13 arrondissements subdivisés en 140 quartiers. Toutes les ethnies y sont rencontrées avec une prédominance du groupe Fon. Le catholicisme et l'islam sont les deux principales religions pratiquées dans la ville de Cotonou. Le taux d'alphabétisation y est élevé et est estimé à 69% au RGPH3[39]. Les activités pratiquées à Cotonou sont multiples et tournent autour du commerce, de quelques industries manufacturières, de la pêche et des cultures maraîchères.

Les arrondissements et les différents quartiers constitutifs sont consignés dans le tableau I.

Tableau I: Arrondissements et quartiers de Cotonou

ARRONDISSEMENTS	QUARTIERS
1er arrondissement	Dandji, donatien, finagnon, tchanhounkpame, tokplegbe, avotrou, n'venamede, suru-lere, tanto, yagbe
2ème arrondissement	Irede, kpondehouII, lom'nava, senadeI, kowegbo, ahouassa, gankpodo, djedjelaye, kpondehouI, minontchou, yenawa
3ème arrondissement	Adjegounle, adogleta, gbenonkpo, hlacomey, kpankpan, midombo, segbeya-nord, segbeya-sud, agbato, agbodjedo, ayelawadje I et II, fifatin
4ème arrondissement	Enagnon, fifadji-houto, sodjatime-centre, sodjatime-est, sodjatime ouest, abokicodji-centre, abokicodji-lagune, dedokpo, gbedjewin, missessin, ohee
5ème arrondissement	Guincomey, tokpahoho, wlacodjikpodji, wlacodji plage, dota, gbeto, mifongou, zongoehuzu, zongonima, jonquet, bocossitokpa, gbedokpo, missebo, missite, nouveau pon
6ème arrondissement	AidjedoI, II, III et IV ; ahouansoriagata. ahouansoriague ; ahouansoritoweta I et II ; gbedjromede ; ladji ; dantokpa ; hinde I et II ; jericho ; vossa ; djidje1 et 2
7ème arrondissement	Gbedomidi, gbenan, sedami, sedjro, todote, yevedo, dagbedji, enagnon, fignon, missite, sehogan
8ème arrondissement	Agbodjedo, agontinkon, gbedakpa, houehoun, houenoussou, mededjro, tonato, minonkpo
9ème arrondissement	Fifadji, vossa-kpodji, zogbo, zogbohouè
10ème arrondissement	Gbenonkpo, kouhounou, midedji, missekple, missogbe, vedoko, yenawa
11ème arrondissement	Gbediga I et II, gbegamey I, II, III et IV, mifongou, allobatin, ayidote, finagnon, houeyiho I et II ; vodje centre
12ème arrondissement	Aibatin 1, cadjehoun 1, 2, 3, 4 et 5, cadjehoun-kpota, cocotiers, fidjrosse-centre, fidjrosse-kpota, vodje-kpota, fiyegnon I et II, ahouanleko
13ème arrondissement	Agla, ahogbohoue, aibatin II, gbedegbe, houenoussou, missite

- **Couverture sanitaire**

Sur le plan sanitaire, Cotonou dispose d'un système pyramidal à trois niveaux que sont le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou

départemental et le niveau périphérique. Au niveau central, Cotonou abrite le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU), l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HOMEL), le Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie (CNHPP) et le Centre National de Psychiatrie (CNHP). Des hôpitaux de zone et d'arrondissement et de nombreuses cliniques privées sont retrouvés au niveau périphérique.

2.2. Méthode d'étude

2.2.1. Type d'étude et période d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique avec collecte prospective des données, sur une période d'un mois allant du 15 Janvier 2022 au 15 Février 2022.

2.2.2. Population d'étude

Population cible : Elle était constituée des femmes en âge de procréer de Cotonou

Population source : Elle était constituée des accouchées entre 6 semaines et 6 mois de Cotonou

2.2.3. Critères d'éligibilité

- **Critères d'inclusion**
  - Etre dans une période comprise entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement
  - Consentir à participer à l'étude.
- **Critères de non inclusion**
  - Femme n'ayant pas de partenaire après l'accouchement : femmes étant divorcées du conjoint pendant la grossesse ou après la naissance de l'enfant
  - Femmes ayant accouché depuis moins de 6 semaines ou plus de 6 mois
- **Critères d'exclusion**

- Les femmes qui n'étaient pas présentes dans leur domicile au moment de l'étude
- Les accouchées souffrant de pathologies psychiatriques

2.2.4. Echantillonnage

➢ **Type d'échantillonnage**

Nous avons réalisé un sondage en grappes à 3 degrés.

➢ **Nombre de sujets nécessaires**

Selon une étude réalisée par Mekonnen et al en Ethiopie [40] la prévalence des femmes ayant repris les activités sexuelles dans les 6 mois après accouchement était de 89,7 % .

Le calcul de la taille de l'échantillon est fait selon la formule de Schwartz

$$n = \frac{k\varepsilon_{\alpha}^{2}\, pq}{i^{2}}$$

n = taille de l'échantillon

p =89,7 % (prévalence de femmes ayant repris les activités sexuelles 6 mois après accouchement).

q = (1- p) = (1-0,897) = 0 ,103

α= 5 % d'où ε_{α}= 1,96 ⇒ ε_{α}^{2} =3,84

k = effet grappe = 3

i = 2 % (précision désirée) ⇒i^2=0,0004

n= 2661 étaient prévues pour l'enquête qui majorée de 13%, donne 3013 femmes.

➢ **Technique d'échantillonnage**

- **Sélection des grappes**

Nous avons procédé dans un premier temps à un tirage aléatoire de six arrondissements de la ville de Cotonou (unité primaire)

Ensuite dans chaque arrondissement sélectionné nous avons tiré au sort cinq quartiers (unité secondaire)

Et dans chaque quartier nous avons tiré au sort 100 (3013/30) femmes qui constituent les unités tertiaires

La taille de chaque grappe est de : 100 (3013/30) femmes

La liste des arrondissements et quartiers choisis se présente dans le tableau ci-après :

Tableau II: Arrondissements et quartiers de Cotonou sélectionnés

ARRONDISSEMENTS	QUARTIERS
6ème arrondissement	Aidjedo1, Aidjedo2, Gbedjromédé, Jéricho, Dantokpa
8ème arrondissement	Agontinkon, Houénoussou, Fifadji, Agbodjedo, Minonkpo
10ème arrondissement	Kouhounou, Vèdoko, Gbenonkpo, Yénawa, Missogbé
11ème arrondissement	Gbegamey, Saint jean, Houéyiho, Gbediga, Finangnon
12ème arrondissement	Aibatin, Fidjrossè, Cadjehoun, Fiyegnon,Vodjè kpota
13ème arrondissement	Agla, Ahogbohouè, Houenoussou, Aibatin, Missité

- **Procédure de sélection des femmes dans les quartiers**

✓ Dans chaque quartier nous nous sommes rendu au point qui nous paraissait le plus central du quartier

✓ Procéder à une sélection aléatoire de la direction de progression par le lancer d'un crayon ou stylo à bille. La direction de progression est celle indiquée par la pointe du crayon ou du stylo à bille

✓ Compter et numéroter les maisons situées à droite le long de l'axe de progression, depuis le point central jusqu'à la périphérie du sous quartier

✓ Tirer au sort un numéro de maison situé le long de l'axe

- ✓ Le numéro tiré sera celui de la première maison pour commencer l'enquête
- ✓ Les prochaines maisons se suivront. La suivante sera celle dont la porte d'entrée se trouve plus près de la précédente en allant vers la droite.
- ✓ Reprendre le procédé arrivé à une nouvelle intercession
- ✓ Aller dans le quartier le plus proche sélectionné dans l'arrondissement recommencer le procédé si le nombre de sujet de la grappe n'est pas atteint dans le ou les sous quartiers précédents

- **Collecte des données**

➢ **Technique de collecte**

Nous avons interviewé les femmes qui répondaient à nos critères d'inclusion. Les informations sur les conjoints ont été fournies par les femmes

➢ **Outil de collecte**

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête qui a été élaborée, testée et corrigée

➢ **Déroulement de l'enquête**

1ère Etape : Formation des enquêteurs

Pour la réalisation de notre étude nous avons recruté 30 enquêteurs dont les étudiants en 5ème et 6ème année de Médecine Générale.

Tous ont bénéficié d'un encadrement théorique et pratique sous la direction de médecins généralistes et de nous-mêmes.

2ème Etape : Pré-enquête

Elle s'est déroulée dans un quartier choisi au hasard parmi ceux non retenus pour l'enquête au cours d'une journée. Ainsi nous avons choisi le quartier de Vodjè Centre

3ème Etape : Déroulement de l'enquête

Pour l'enquête, 10 groupes de trois enquêteurs ont été constitués. Chaque groupe s'est rendu dans trois quartiers choisis pour l'étude. Dans chaque quartier,

chaque équipe s'est rendue en premier dans la maison du chef de quartier pour informer de sa présence et expliquer les objectifs de l'étude. Ensuite, les enquêteurs se sont rendus dans les différentes maisons du quartier choisi selon la technique d'échantillonnage sus citée. Après les salutations d'usage et l'exposé de l'objet de la visite ils sont passés à l'identification de la population source, puis l'interview de chaque membre.

2.2.5. Variables de l'étude

Variable dépendante

C'est la pratique de la sexualité après l'accouchement.

Variables indépendantes

✓ Variables sociodémographiques à savoir :

- Age
- Occupation/profession
- Niveau d'étude
- Religion
- Ethnie
- Statut matrimonial
- Régime matrimonial
- Durée de l'union
- Lit/Résidence de la femme dans le post partum

✓ Variables cliniques à savoir :

➢ Antécédents obstétricaux :

- Gestité
- Parité

- Nombre d'enfants vivants
- Age du dernier enfant

➢ Déroulement de la dernière grossesse à savoir:

- Nombre de CPN
- Qualité du prestataire
- Pathologies survenues sur la grossesse

➢ Caractéristiques de l'accouchement

- Terme à l'accouchement
- Voie d'accouchement
- Complications maternelles de l'accouchement
- Vécu de l'accouchement

➢ Etat du nouveau-né à la naissance

- Vivant/ Décédé
- Poids du nouveau-né
- Séjour à la maternité

➢ Vécu du post partum

- Etat de santé du nouveau-né
- Mode d'allaitement
- Usage de contraception
- Etat de santé de la mère
- Rythme de vie

✓ Données relatives à la pratique et au vécu de la sexualité du couple après l'accouchement

- Fréquence des rapports sexuels
- Initiateur des rapports sexuels
- Satisfaction sexuelle

- Alternatives aux rapports sexuels
- Facteurs influençant la pratique de la sexualité
- Connaissance des enquêtées sur la sexualité après l'accouchement
- Perceptions des enquêtées sur le rôle du personnel de santé en matière de sexualité pendant la grossesse.

2.2.6. Analyse des données

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec leur écart type lorsque la distribution est normale ou avec leur médiane et intervalle interquartile dans le cas contraire

Les variables qualitatives ont été exprimées en proportion avec leur intervalle de confiance

La comparaison de proportion a été réalisée avec un test de Chi-2 de Pearson

Les facteurs influençant la reprise des rapports sexuels ont été identifiés grâce à un modèle de régression logistique binaire

Les analyses statistiques ont été réalisé avec le logiciel Epi info version7.2.2.6 ; une p value<5% était considérée comme significative

2.2.7. Considérations éthiques

Nous avons eu l'autorisation des chefs de quartiers, à qui les objectifs de la présente étude furent exposés.

Vu la Loi N° 2010-40 du 08 décembre 2010 portant code d'éthique et de déontologie pour la recherche en santé en République du Bénin, la dite étude s'est déroulée avec le consentement éclairé des participantes et participants et la garantie de garder secrète les informations à caractère individuelle. Les données recueillies lors de l'enquête sont strictement confidentielles et anonymes, tous les enquêteurs ont été astreints à cela, et les enquêtées ont été informées de cette clause

2.2.8. Difficultés rencontrées

Nous avons rencontré beaucoup de difficultés au nombre desquelles :

- Non disponibilité des femmes surtout fonctionnaires pour la réalisation de l'enquête du fait des horaires de passage dans les maisons

- Présence de barrière linguistique et difficultés de traduction dans des langues que les enquêteurs ne maitrisaient pas. Ce qui obligeait les enquêteurs à se faire aider par des voisins et rendait moins personnel l'entretien.

- Difficulté des enquêtées à dévoiler leur intimité à des inconnues surtout les femmes de réligion musulmane

- Difficulté de certaines enquêtées à comprendre les questions

- Insultes vulgaires et agressivité dans certains quartiers comme Agla finafa, Vedoko,Houéyiho

- Difficulté d'accès à certaines maisons

- Certaines femmes ne voulaient répondre qu'en présence d'enquêtrices et pas d'enquêteurs.

- Difficulté à aborder les conjointes occupées par des tâches domestiques

III. RESULTATS

Du 15 Janvier 2022 au 15 Février 2022, nous avons interviewé 3013 femmes parmi lesquelles 928 ont repris les rapports sexuels dans les six(06) mois qui ont suivi l'accouchement.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes et de leurs conjoints

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes

3.1.1.1. Age des femmes

La figure suivante présente la répartition des femmes enquêtées selon la tranche d'âge.

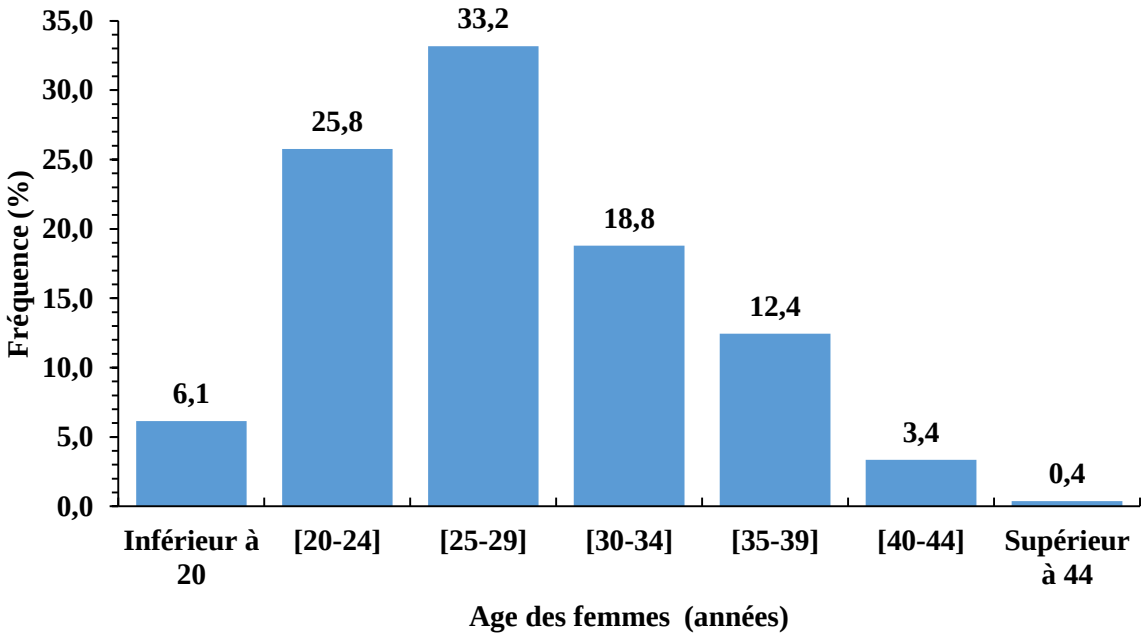


Figure 16: Répartition des femmes interviewées en fonction de la tranche d'âge (en années)

L'âge moyen des femmes interviewées était de 27,8 ± 05,9 ans. L'accouchée la plus jeune interviewée avait 15 ans et la plus âgée 51 ans.

3.1.1.2. Profession/occupation, niveau d'instruction, statut/régime matrimonial, ethnie des femmes

Le tableau ci-après renseigne sur les caractéristiques socio démographiques des femmes tels que la profession/occupation, le niveau d'instruction, le statut/régime matrimonial, l'ethnie

Tableau III: Caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées

	Effectif	Fréquence (%)
Profession		
Vendeuse/Commerçante	987	32,8
Ménagère	632	21,0
Artisane/Ouvrière/Paysane	557	18,5
Haute fonctionnaire (cadre de l'administration publique)	43	1,4
Autres fonctionnaires	205	6,8
Elève/ Etudiante	365	12,1
Autre	224	7,4
Total	3013	100,0
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	427	14,2
Primaire	969	32,2
Secondaire	1132	37,6
Universitaire	485	16,1
Total	3013	100,0
Statut matrimonial		
Mariée	1268	42,1
Union libre	1745	57,9
Total	3013	100,0
Régime matrimonial		
Monogamique	2796	92,8
Polygamique	217	7,2
Total	3013	100,0
Ethnie		
Fon et apparentés	2301	76,4

Mina et apparentés	410	13,6
Yoruba et apparentés	222	7,4
Dendi et apparentés	63	2,1
Autres	17	0,6
Total	3013	100,0
Religion		
Catholique	1487	49,4
Autres religions chrétiennes	925	30,7
Musulmane	153	5,1
Endogène	358	11,9
Athée	74	2,5
Autres	16	0,5
Total	3013	100,0

Sur les 3013 participantes, le tiers était des vendeuses/commerçantes, d'ethnie Fon et apparentés dans 76,4% des cas. Elles étaient de religion Chrétienne (80,1%) et 37,6% ont atteint le niveau d'étude secondaire. Sur le plan matrimonial plus de la moitié des femmes interviewées étaient en union libre et 92,8% étaient dans des régimes monogamiques.

3.1.2. Caractéristiques socio démographiques des conjoints

3.1.2.1. Age des conjoints

La figure suivante donne la répartition des conjoints par tranche d'âge**.**

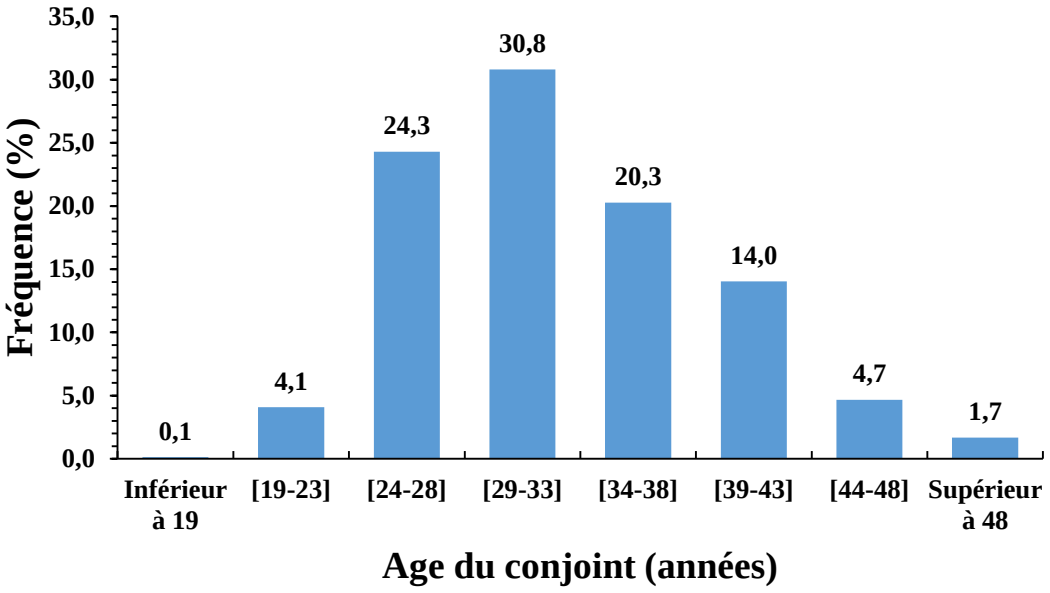


Figure 17: Répartition des conjoints par tranche d'âge (en années)

L'âge moyen des conjoints était de 32,8 ± 06,7 ans. Le conjoint le plus jeune avait 17 ans et le plus âgé 69 ans.

3.1.2.2. Profession/occupation, niveau d'instruction

Le tableau numéro 4 présente la répartition des conjoints en fonction des caractéristiques sociodémographiques tels que la profession/ occupation et le niveau d'instruction

Tableau IV: Répartition des conjoints selon les caractéristiques sociodémographiques

	Effectif	Fréquence (%)
Profession du conjoint		
Artisan/ouvrier/paysan	791	26,3
Vendeur/Commerçant	610	20,2
Haut fonctionnaire (cadre de l'administration publique)	142	4,7
Autres fonctionnaires	742	24,6
Elève/ Etudiant	179	5,9
Retraité	16	0,5
Sans emploi	73	2,4
Autre	460	15,3
Total	3013	100,0
Niveau d'instruction du conjoint		
Non scolarisé	167	5,5
Primaire	652	21,6
Secondaire	1349	44,8
Universitaire	845	28
Total	3013	100,0

Parmi les conjoints 26,3% étaient artisans, ouvriers ou paysans et 44,8% avaient atteint le niveau d'étude secondaire.

3.1.3. Durée de la vie conjugale

La figure 18 donne la distribution de l'échantillon selon la durée de la vie conjugale :

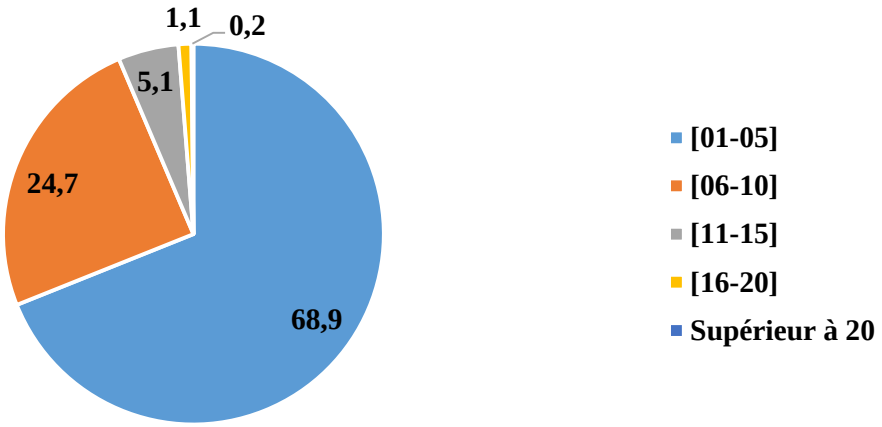


Figure 18: Répartition des couples selon la durée de la vie conjugale

La durée moyenne de la vie conjugale était de 04,7 ± 03,6 ans. Les couples dont la durée de la vie conjugale était entre 1-5 ans représentaient 68,90% de l'effectif.

.

3.2. Données relatives aux antécédents, aux caractéristiques de la dernière grossesse et à l'accouchement

3.2.1. Antécédents obstétricaux

La répartition des femmes selon la gestité, la parité et le nombre d'enfants vivants est présentée dans le tableau ci-après :

Tableau V: Répartition des femmes selon la gestité, la parité et le nombre d'enfants vivants.

	Effectif	Fréquence(%)
Gestité		
Primigeste	1176	39,0
Paucigeste	1348	44,7
Multigeste	387	12,8
Grande multigeste	102	3,4
Total	3013	100,0
Parité		
Primipare	1258	41,8
Paucipare	1281	42,5
Multipare	375	12,4
Grande multipare	99	3,3
Total	3013	100,0
Nombre d'enfants vivants		
0	7	0,2
1	1293	42,9
2	759	25,2
3	522	17,3
Supérieur ou égal à 4	432	14,3
Total	3013	100,0

La gestité moyenne des femmes était de 02,3 ± 01,4. Les extrêmes allant de 1 à 13. Les accouchées étaient des primigestes et paucigestes dans des proportions respectives de 39% et 44,07 %. De même les primipares et les paucipares représentaient respectivement 41,8% et 42,05% de l'effectif.

3.2.2. Caractéristiques de la dernière grossesse

Elles sont présentées dans le tableau numéro 6 :

Tableau VI: Les caractéristiques de la dernière grossesse

	Effectif	Fréquence (%)
Qualification du prestataire		
Sage-femme	2259	86,7
Gynécologue obstétricien	226	8,7
Infirmier de maternité	86	3,3
Médecin généraliste	36	1,4
Total	2607	100,0
Evolution de la grossesse		
Complications	240	8,0
Normale	2773	92,0
Total	3013	100,0
Complications au cours de la grossesse		
HTA sur grossesse	77	32,08
Rupture prématurée des membranes	75	31,25
Diabète sur grossesse	47	19,58
MAP/ MAT	25	10,41
Macrosomie	24	10
Eclampsie	19	7,97
Retard de croissance intra utérin	4	1,67
Pré éclampsie	3	1,25
Placenta praevia	1	0,41

Les consultations prénatales des accouchées interviewées ayant suivi leur grossesse, ont été assurées par des sages-femmes dans 86,07% des cas**.** L'évolution de la grossesse a été émaillée de complications chez 240 accouchées soit 8,0% des enquêtées. Il s'agissait de l'hypertension artérielle, la rupture prématurée des membranes, le diabète dans des proportions respectives de 32,08% ;31,25% ; 19,58%.

3.2.3. Données relatives à l'accouchement

Nous les avons réparties dans le tableau numéro 7

Tableau VII: Les données relatives à l'accouchement

	Effectif	Fréquence (%)
Terme de la grossesse à l'accouchement		
[28SA-32SA]		
[33SA-36SA]	974	32,3
[37SA-41SA]	1848	61,3
>41SA	82	2,7
Total	3013	100,0
Mode d'accouchement		
Voie basse	**2820**	**93,6**
Accouchement naturel	2241	74,4
Extraction instrumentale (forceps, ventouse)	205	6,8
Episiotomie	374	12,4
Césarienne	**193**	**6,4**
Césarienne au cours du travail	94	3,1
Césarienne programmée	99	3,3
Total	3013	100,0
Complications de l'accouchement		
Non	2726	90,5
Oui	287	9,5
Total	3013	100,0
Type de complications de l'accouchement		
Hémorragie du post partum immediat	226	78,7
Eclampsie du post partum	18	6,3
HELLP Syndrome	1	0,3
Autres	42	14,6
Etat du nouveau-né à la naissance		
Vivant	3010	99,9
Décédé	3	0,1
Total	3013	100,0
Vécu de l'accouchement		
Bon	1739	57,7
Moyen	966	32,1
Mauvais	308	10,2
Total	3013	100,0

Dans notre série 35,9% des femmes interviewées ont eu un accouchement prématuré ; l'accouchement était naturel dans 74,4% des cas. Dans 9,5% des cas l'accouchement a été marqué par des complications dont la plus fréquente était l'hémorragie du post partum immédiat et l'éclampsie du post partum. Le nouveau-né était né vivant dans 99,9% des cas. Le vécu de l'accouchement a été jugé bon par 57,7% des femmes interrogées et mauvais dans 10,2% des cas.

3.3. Données relatives à la durée du séjour à l'hôpital après l'accouchement ; à l'état de santé du bébé au moment de l'interview ; au lit ou résidence de la femme après accouchement ; au lieu de sommeil du bébé ; au changement de rythme de vie ; à l'allaitement et la contraception

Elles se présentent comme suit :

Tableau VIII: Les données relatives au à la durée du séjour à l'hôpital après l'accouchement ; à l'état de santé du bébé au moment de l'interview ; au lit ou résidence de la femme après accouchement ; au lieu de sommeil du bébé ; au changement de rythme de vie ; à l'allaitement et la contraception

	Effectif	Fréquence (%)
Durée du séjour à l'hôpital après l'accouchement		
Inférieur 24 heures	724	24,0
1-7 jours	2126	70,6
Plus de 7 jours	163	5,4
Total	3013	100,0
Etat de santé du bébé au moment de l'interview		
Vivant en bonne santé apparente	2822	93,7
Vivant mais santé fragile	171	5,7
Décédé après la sortie de la maternité	17	0,6
Total	3013	100,0

Lit ou résidence de la femme après accouchement		
Même lit avec le conjoint	2474	82,1
Lit/chambre séparée	357	11,8
Changement provisoire de résidence	182	6,0
Total	3013	100,0
Lieu de sommeil du bébé		
Dans votre lit	2749	91,2
Dans un berceau	257	8,6
Enfant décédé	7	0,2
Total	3013	100,0
Changement de rythme de vie		
Oui	2621	87
Non	392	13
Total	3013	100,0
Mode d'allaitement		
Maternel	2345	78,1
Artificiel	18	0,6
Mixte	647	21,5
Total	3013	100,0
Contraception		
Oui	285	9,5
Non	2728	90,5
Total	3013	100,0
Méthodes de contraception		
Implant	167	58,6
Préservatif	34	11,9
Oestro-Progestatifs injectables	27	9,5
Stérilet	25	8,8
Pilule	18	6,3
Coït interrompu	12	4,2
MAMA	2	0,7
Total	285	100,0

La durée du séjour des accouchées à la maternité après l'accouchement était inférieure à 24h dans 24% des cas. Au moment de l'enquête 93,7% des bébés étaient en bonne santé apparente et 0,6% étaient décédés après la sortie de la

maternité. Après l'accouchement 82,1% des femmes ont partagé le même lit avec leur conjoint. Dans 6,1% des cas elles ont changé provisoirement de résidence. Elles pensent que leur rythme de vie a changé depuis l'accouchement dans 87,0% des cas. L'allaitement était maternel exclusif dans 78,1% des cas et mixte dans 21,5% des cas. Sur le plan contraceptif 9,5% des accouchées interviewées ont adopté une méthode contraceptive et la méthode la plus utilisée était l'implant dans 58,6% des cas.

3.4. Facteurs influençant la reprise de la sexualité après accouchement

3.4.1. Délai de reprise

Sur les 3013 femmes interrogées, 928 soit 30,8% de l'effectif avaient déjà repris les rapports sexuels. Le délai de reprise des rapports sexuels est présenté dans la figure suivante :

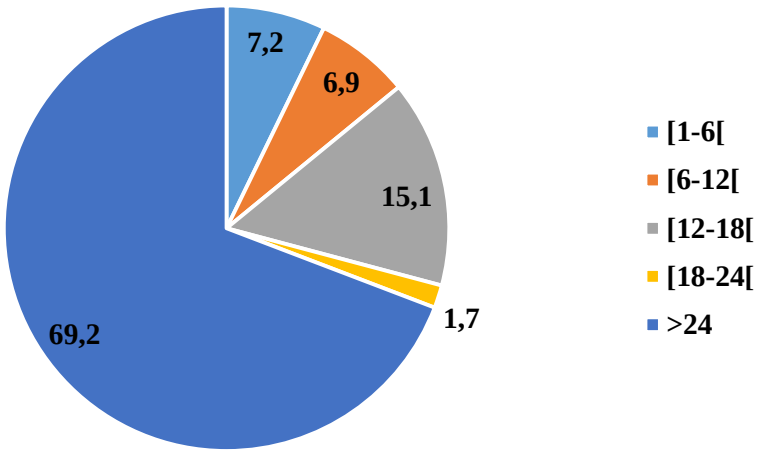


Figure 19: Répartition de l'échantillon en fonction du délai de la reprise des rapports sexuels

Le délai moyen de reprise des rapports sexuels était de 10,7 ± 04,5 semaines. La reprise a été effective chez 15,1% des couples entre 12 et 18 semaines.

3.4.2. Facteurs sociodémographiques et reprise des rapports sexuels dans les six (06) mois après l'accouchement

3.4.2.1. Chez les enquêtées

Les facteurs sociodémographiques susceptibles d'influencer la reprise des rapports sexuels après l'accouchement, sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau IX: Facteurs sociodémographiques des femmes influençant la reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après après l'accouchement

	Reprise de rapports sexuels (n=3013)		OR	P.value
	Non	Oui		
Age (années)				
Inférieur à 20	160 (86,5)	25 (13,5)	-	
[20-24]	611 (78,7)	165 (21,3)	1,73	
[25-29]	727 (72,8)	272 (27,2)	2,39	
[30-34]	324 (57,2)	242 (42,8)	4,78	**0,000**
[35-39]	198 (52,8)	177 (47,2)	5,72	
[40-44]	58 (57,4)	43 (42,6)	4,74	
Supérieur à 44	07 (63,6)	04 (36,4)	3,66	
Profession				
Vendeuse/Commerçante	692 (70,1)	295 (29,9)	-	
Artisane/Ouvrière/Paysane	390 (70,0)	167 (30,0)	1,00	
Ménagère	384 (60,8)	248 (39,2)	1,51	
Haut fonctionnaire (cadre de l'administration publique)	12 (27,9)	31 (72,1)	6,05	**0,000**
Autres fonctionnaires	133 (64,9)	72 (35,1)	1,26	
Elève/ Etudiante	322 (88,2)	43 (11,8)	0,31	
Autre	152 (67,9)	72 (32,1)	1,11	
Niveau d'instruction				
Non scolarisée	279 (65,3)	148 (34,7)	-	
Primaire	704 (72,6)	265 (27,4)	0,71	**0,000**
Secondaire	811 (71,6)	321 (28,4)	0,75	
Universitaire	291 (60,0)	194 (40,0)	1,26	
Statut matrimonial				

Mariée	753 (59,4)	515 (40,6)	-	**0,000**
Union libre	1332(76,3)	413 (23,7)	0,45	
Régime matrimonial				
Monogamique	1959(70,1)	837 (29,9)	-	**0,000**
Polygamique	126 (58,1)	91 (41,9)	1,69	
Ethnie				
Fon et apparentés	1623(70,5)	678 (29,5)	-	
Mina et apparentés	264 (64,4)	146 (35,6)	1,32	
Yoruba et apparentés	143 (64,4)	79 (35,6)	1,32	**0,000**
Dendi et apparentés	42 (66,7)	21 (33,3)	1,2	
Autres	13 (76,5)	04 (23,5)	0,74	
Religion				
Catholique	1016(68,3)	471 (31,7)	-	
Autres religions chrétiennes	615 (66,5)	310 (33,5)	1,08	
Musulmane	101 (66,0)	52 (44,0)	1,11	**0,000**
Endogène	293 (81,8)	65 (18,2)	0,48	
Athée	50 (67,6)	24 (32,4)	1,03	
Autres	10 (62,5)	06 (37,5)	1,29	

Il y a un lien statistiquement significatif entre les facteurs socio démographiques des femmes (âge, profession, niveau d'instruction, statut/régime matrimonial, ethnie, religion) et la reprise des rapports sexuels.

La possibilité pour une femme de 30-39 ans de reprendre les rapports sexuels dans les 6 mois qui suivent l'accouchement était 4 à 5 fois plus élevée que les accouchées d'âge inférieur à 24 ans et la différence était statistiquement significative.

Les hautes fonctionnaires ou cadre de l'administration publique avaient repris les rapports sexuels dans 72,1% des cas avec un OR de 6,05 et p=0,000 comparé aux autres professions.

Les femmes ayant atteint le niveau d'instruction universitaire avaient 26% plus de chances de reprendre les rapports sexuels que les femmes non scolarisées dans les six(06) mois après l'accouchement.

Les femmes en union libre avaient 55% moins de chances par rapports aux femmes mariées de reprendre les rapports sexuels dans les six(06) mois après l'accouchement

3.4.2.2. Chez les conjoints

Les facteurs socio démographiques des conjoints susceptibles d'influencer la reprise des rapports sexuels sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau X: Facteurs sociodémographiques de l'homme influençant la reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après l'accouchement

	Reprise de rapports sexuels (n=3013)		OR	P.value
	Non	Oui		
Age du conjoint (année)				
Inférieur à 19	04 (100,0)	00 (00,0)	-	
[19-23]	108 (87,8)	15 (12,2)	-	
[24-28]	592 (80,9)	140 (19,1)	1,70	
[29-33]	664 (71,6)	264 (28,4)	2,86	**0,000**
[34-38]	374 (61,2)	237 (38,8)	4,56	
[39-43]	227 (53,7)	196 (46,3)	6,20	
[44-48]	86 (61,0)	55 (39,0)	4,60	
Supérieur à 48	30 (58,8)	21 (41,2)	5,04	
Profession du conjoint				
Artisan/ouvrier/paysan	542 (68,5)	249 (31,5)	-	
Vendeur/Commerçant	484 (79,3)	126 (20,7)	0,57	
Haut fonctionnaire (cadre de l'administration publique)	56 (39,4)	86 (60,6)	3,34	
Autres fonctionnaires	486 (65,5)	256 (34,5)	1,15	**0,000**
Elève/ Etudiant	152 (84,9)	27 (15,1)	0,39	
Retraité	8 (50,0)	08 (50,0)	2,18	
Sans emploi	48 (65,8)	25 (34,2)	1,13	
Autre	309 (67,2)	151 (32,8)	1,06	
Niveau d'instruction du conjoint				**0,000**

Non scolarisé	109 (65,3)	58 (34,7)	-
Primaire	490 (75,1)	162 (24,9)	0,62
Secondaire	993 (73,6)	356 (26,4)	0,67
Universitaire	493 (58,3)	352 (41,7)	1,34

Les facteurs socio démographiques de l'homme tels que l'âge, la profession et le niveau d'étude des conjoints influencent la reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après l'accouchement.

3.4.2.3. Durée de la vie conjugale et reprise des rapports sexuels

L'association entre la durée de la vie conjugale et la reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après l'accouchement, est présentée dans le tableau suivant :

Tableau XI: Répartition des couples interviewées selon la reprise des rapports sexuels en fonction de la durée de la vie conjugale

	Reprise de rapports sexuels (n=3013)		**OR**	**P.value**
	Non	**Oui**		
Durée de l'union (année)				
[01-05]	1545(74,4)	532 (25,6)	-	
[06-10]	440 (59,2)	303 (40,8)	1,99	
[11-15]	78 (50,3)	77 (49,7)	2,87	**0,000**
[16-20]	18 (54,6)	15 (45,4)	2,42	
Supérieur à 20	04 (80,0)	01 (20,0)	0,73	

Les couples dont la durée de l'union est comprise entre 11-15 ans avaient significativement 2,87 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels avant 6 mois que les couples d'union récente (01-05 ans). Ce qui implique que la durée de l'union influence la reprise des rapports sexuels après accouchement.

3.4.3. Antécédents obstétricaux et reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après l'accouchement

Les antécédents obstétricaux susceptibles d'influencer la reprise des rapports sexuels se présentent comme suit:

Tableau XII: Antécédents obstétricaux influençant la reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après accouchement

	Reprise de rapports sexuels (n=3013)		OR	P.value
	Non	Oui		
Gestité				
Primigeste	950 (80,8)	226 (19,2)	-	**0,000**
Paucigeste	853 (63,3)	495 (36,7)	2,44	
Multigeste	220 (56,8)	167 (43,2)	3,19	
Grande multigeste	62 (60,8)	40 (39,2)	2,71	
Parité				
Primipare	997 (79,3)	261 (20,7)	-	**0,000**
Paucipare	805 (62,8)	476 (37,2)	2,26	
Multipare	221 (58,9)	154 (41,1)	2,66	
Grande multipare	62 (62,6)	37 (37,4)	2,27	
Nombre d'enfants vivants				
0	02 (28,6)	05 (71,4)	-	**0,000**
1	1027(79,4)	266 (20,6)	0,10	
2	492 (64,8)	267 (35,2)	0,22	
3	301 (57,7)	221 (42,3)	0,29	
Supérieur ou égal à 4	263 (60,9)	169 (39,1)	0,26	

Les antécédents obstétricaux tels que la gestité, la parité et le nombre d'enfants vivants influencent la reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après l'accouchement.

On constate que le groupe des multigestes et multipares avait 2 à 3 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels avant 6 mois que les primigestes et primipares.

3.4.4. Caractéristiques de la dernière grossesse et reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après l'accouchement

Les caractéristiques de la dernière grossesse susceptibles d'influencer la reprise de la sexualité après accouchement sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau XIII: Caractéristiques de la dernière grossesse et reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après accouchement

	Reprise de rapports sexuels (n=3013)		**OR**	**P.value**
	Non	**Oui**		
Qualification du prestataire				
Sage-femme	1550(68,6)	709 (31,4)	-	**0,000**
Gynécologue obstétricien	96 (42,4)	130 (57,5)	2,96	
Infirmier de maternité	51 (59,3)	35 (40,7)	1,50	
Médecin généraliste	21 (58,3)	35 (40,7)	3,64	
Evolution de la grossesse				
Complications	158 (65,8)	82 (34,2)	-	0,238
Normale	1927(69,5)	846 (30,5)	0,85	

Les femmes ayant été suivies par des médecins généralistes avaient 3,64 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels par rapport à celles ayant été suivies par des sages-femmes. La qualification du prestataire influence la reprise des rapports sexuels après accouchement mais aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre l'évolution de la grossesse antérieure et la reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après l'accouchement.

3.4.5. Modalités de l'accouchement et reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après accouchement

Les modalités de l'accouchement susceptibles d'influencer la reprise de la sexualité sont présentées dans le tableau ci-dessous:

Tableau XIV: Modalités de l'accouchement influençant la reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après l'accouchement

	Reprise de rapports sexuels (n=3013)		OR	P.value
	Non	Oui		
Terme de la grossesse à l'accouchement				
[28SA-32SA]	67 (61,5)	42 (38,5)	-	**0,000**
[33SA-36SA]	765 (78,5)	209 (21,5)	0,43	
[37SA-41SA]	1209(65,4)	639 (34,6)	0,84	
>41SA	44 (53,7)	38 (46,3)	1,38	
Voie d'accouchement				
Accouchement naturel	1598(71,3)	643 (29,7)	-	**0,000**
Extraction instrumentale (forceps, ventouse)	137 (66,8)	68 (33,2)	1,23	
Episiotomie	248 (66,3)	126 (33,7)	1,26	
Césarienne au cours du travail	57 (60,6)	37 (39,4)	1,61	
Césarienne programmée	45 (45,5)	54 (55,5)	2,98	
Complication de l'accouchement				
Non	1901(69,7)	825 (30,3)	-	**0,049**
Oui	184 (64,1)	103 (35,9)	1,29	
Vécu de l'accouchement				

Bon	1120(64,4)	619 (35,6)	-	
Moyen	754 (78,0)	212 (22,0)	0,51	**0,000**
Mauvais	211 (68,5)	97 (31,5)	0,83	

Dans notre série, il y a eu une influence notable de la voie d'accouchement sur la reprise des rapports sexuels après l'accouchement. Les femmes ayant bénéficié d'une césarienne programmée avaient 2,98 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels par rapport aux femmes ayant eu un accouchement naturel.
Les autres modalités de l'accouchement tels que le terme de la dernière grossesse, le vécu de l'accouchement, les complications de l'accouchement sont associés à la reprise des rapports sexuels après l'accouchement

3.4.6. Données relatives à la durée du séjour à l'hôpital après l'accouchement ; à l'état de santé du bébé au moment de l'interview ; au lit ou résidence de la femme après accouchement ; au lieu de sommeil du bébé ; au changement de rythme de vie ; à l'allaitement et la contraception et reprise des rapports sexuels après accouchement et reprise des rapports sexuels après accouchement.

Elles sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau XIII: Données relatives à la durée du séjour à l'hôpital après l'accouchement ; à l'état de santé du bébé au moment de l'interview ; au lit ou résidence de la femme après accouchement ; au lieu de sommeil du bébé ; au changement de rythme de vie ; à l'allaitement et la contraception susceptibles d'influencer la reprise des rapports sexuels après l'accouchement

	Reprise de rapports sexuels		OR	P.value
	Non	Oui		
Etat du nouveau-né à la naissance				
Vivant	2084(69,2)	926 (30,7)	-	0,178
Décédé	01 (33,3)	02 (66,7)	0,11	
Durée du séjour à l'hôpital après accouchement				
Inférieur 24 heures	557 (18,5)	167 (05,5)	-	
1-7 jours	1436(47,7)	690 (22,9)	1,6	**0,000**
Plus de 7 jours	92 (03,1)	71 (02,4)	2,57	
Statut du bébé au moment de l'interview				
Vivant en bonne santé apparente	1962(69,5)	860 (30,5)	-	
Vivant mais santé fragile	119 (69,6)	52 (30,4)	1,00	**0,000**
Décédé après la sortie de la maternité	03 (20,0)	14 (80,0)	10,65	
Lit ou résidence de la femme après accouchement				
Même lit avec le conjoint	1719(69,5)	755 (30,5)	-	
Lit/chambre séparée	207 (58,0)	150 (42,0)	1,65	**0,000**
Changement provisoire de résidence	159 (87,4)	23 (12,6)	0,33	
Lieu de sommeil du bébé				
Dans un berceau	176 (68,5)	81 (31,5)	-	
Dans votre lit	1908(69,4)	841 (30,6)	0,96	**0,006**
Enfant décédé	01 (14,3)	06 (85,7)	13,04	

Changement de rythme de vie				
Oui	1845(70,4)	776 (29,6)	-	**0,000**
Non	240 (61,2)	152 (38,8)	0,66	
Mode d'allaitement				
Maternel	1709(72,9)	636 (27,1)	-	
Artificiel	14 (77,8)	04 (22,2)	0,77	**0,000**
Mixte	361 (55,8)	286 (44,2)	2,13	
Contraception				
Oui	105 (36,8)	180 (63,2)	-	**0,000**
Non	1980(72,6)	748 (27,4)	4,54	

Les données relatives au post partum tels que la durée du séjour à l'hôpital après accouchement, le statut du bébé au moment de l'interview, le lit ou la résidence de la femme après accouchement, le lieu du sommeil du bébé, le changement de rythme de vie, le mode d'allaitement, la contraception influencent la reprise des rapports sexuels après accouchement.

Les sept femmes ayant perdu leur nouveau-né avaient 13,04 fois plus de chances de reprendre les activités sexuelles que les femmes ayant leur bébé vivant en bonne santé et les nourrices pratiquant un allaitement mixte avaient 2,17 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels par rapport aux femmes ayant pratiqué un allaitement maternel exclusif.

Les femmes n'ayant pas adopté de contraception avaient 4,54 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels par rapport à celles sous contraception.

3.4.7. Informations reçues sur la sexualité et reprise des rapports sexuels après accouchement

L'association entre les informations reçues sur la sexualité et la reprise des rapports sexuels après accouchement est présentée dans le tableau ci-après :

Tableau XIVI: Répartition des femmes selon les informations reçues et en fonction de la reprise ou non des rapports sexuels

	Reprise de rapports sexuels (n=3013)		OR	P.value
	Non	Oui		
Informations sur la sexualité				
Non	1759(77,2)	520 (22,8)	-	**0,000**
Oui	326 (42,9)	408 (57,1)	4,23	

Il existe un lien statistiquement significatif entre les informations reçues ou non sur la sexualité et la reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après l'accouchement.

Les femmes qui ont reçu des informations sur la sexualité pendant la grossesse et après l'accouchement avaient 4,23 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels six(06) mois après l'accouchement.

Par ailleurs sur les 734 femmes ayant reçu des informations sur la reprise de la sexualité 92% en étaient satisfaites.

Egalement 92,2% des femmes auraient souhaité avoir plus d'informations de la part des professionnels de santé sur la reprise de la sexualité après accouchement.

Les femmes ont pu discuter de la sexualité post partum lors des consultations prénatales ou post natales dans 25% des cas et 92,7% des femmes ont jugé utile que les professionnels de santé proposent une rubrique d'information sur la sexualité post partum lors des consultations prénatales ou post natales.

A défaut d'avoir des informations de la part des professionnels de santé 17,4% des femmes se sont tournées vers d'autres sources d'informations telles qu'internet, les médias, des proches.

3.4.8. Etat de la mère après l'accouchement et reprise des rapports sexuels

L'association entre l'état de la mère après l'accouchement et la reprise des rapports sexuels est présentée dans le tableau suivant :

Tableau XVI: Répartition des femmes selon leur état après accouchement et en fonction de la reprise ou non des rapports sexuels

	Reprise de rapports sexuels (n=3013)		**OR**	**P.value**
	Non	**Oui**		
Etat de la mère après accouchement				
Bien (aucun problème de santé)	1534(64,4)	847 (35,6)	-	
Fatiguée	485 (88,3)	64 (11,7)	0,24	**0,000**
Modifications corporelles dérangeantes	55 (85,9)	09 (14,1)	0,3	
Autre	11 (57,9)	08 (42,1)	1,32	

L'état des femmes après accouchement influence la reprise des rapports sexuels après l'accouchement. Les femmes en bonne santé après l'accouchement ont repris les rapports sexuels dans 35,6% des cas . Les femmes ayant des modifications corporelles dérangeantes avaient 70% moins de chances de reprendre que les femmes en bonne santé.

3.4.9. Fréquence des rapports sexuels antérieurs et reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après accouchement

Le lien entre la fréquence des rapports sexuels antérieurs et la reprise des rapports sexuels après l'accouchement est présenté dans le tableau ci-après :

Tableau XVII: Répartition des femmes selon la fréquence mensuelle des rapports sexuels antérieurs et la reprise ou non des rapports sexuels après l'accouchement

	Reprise de rapports sexuels (n=3013)		OR	P.value
	Non	Oui		
Fréquence mensuelle des rapports sexuels avant la grossesse				
Inférieur à 8	1423(66,6)	714 (33,4)	-	
[8-12]	555 (76,1)	174 (23,9)	0,62	**0,000**
Supérieur à 12	107 (72,8)	40 (27,2)	0,74	
Fréquence mensuelle des rapports sexuels au cours de la grossesse				
Inférieur à 4	1115(69,0)	502 (31,0)	-	
[4-8]	813 (67,9)	384 (32,1)	1,05	**0,000**
Supérieur à 8	157 (78,9)	42 (21,1)	0,59	

La fréquence des rapports sexuels avant et au cours de la grossesse influence la reprise des rapports sexuels après l'accouchement. La proportion de femmes ayant une fréquence mensuelle de rapports sexuels de 4-8 fois au cours de la grossesse avaient 5% plus de chances de reprendre les rapports sexuels que celle ayant une fréquence inférieure à 4.

3.4.10. Interdits culturels et reprise des rapports sexuels après l'accouchement

Le tableau numéro19 présente le lien entre le respect des interdits culturels et la reprise des rapports sexuels après accouchement :

Tableau XVII: Répartition des femmes selon le respect des interdits culturels après accouchement et en fonction de la reprise ou non des rapports sexuels

	Reprise de rapports sexuels (n=3013)		OR	P.value
	Non	Oui		
Respect des interdits culturels				
Oui	24 (66,7)	12 (33,3)	-	0,193
Non	06 (46,1)	07 (53,9)	0,43	

L'analyse bivariée du respect des interdits culturels et de la reprise ou non des rapports sexuels après accouchement ne retrouve pas un lien statistiquement significatif.

3.4.11. Analyse multi variée

Dans notre étude nous avons réalisé une régression logistique binaire qui prend en compte toutes les variables associées à la reprise des rapports sexuels avec une p value < 0,2 :

- L'âge des femmes
- La profession des femmes
- Le niveau d'instruction des femmes
- Le statut matrimonial
- Le régime matrimonial
- L'ethnie
- La religion

- L’âge du conjoint
- La profession du conjoint
- Le niveau d'instruction du conjoint
- La durée de l’union
- La gestité
- La parité
- Le nombre d’enfants vivants
- La qualification du prestataire
- Le terme de la grossesse à l'accouchement
- La voie d’accouchement
- Les complications de l’accouchement
- Le vécu de l’accouchement
- L’état du nouveau-né à la naissance
- La durée du séjour à l’hôpital après accouchement
- Le statut du bébé au moment de l'interview
- Le lit ou la résidence de la femme après accouchement
- Le lieu de sommeil du bébé
- Le changement de rythme de vie
- Le mode d’allaitement
- La contraception
- L’information sur la sexualité
- L’état de la mère après accouchement
- La fréquence des rapports sexuels avant la grossesse
- La fréquence des rapports sexuels au cours de la grossesse

Tableau XVIII: Facteurs associés à la reprise des rapports sexuels après accouchement

	Reprise de rapports sexuels		
	OR	**IC95%**	**P.value**
Ethnie			
Fon et apparentés	-	-	-
Mina et apparentés	**0,68**	**[0,52-0,91]**	**0,008**
Yoruba et apparentés	0,79	[0,53-1,19]	0,262
Dendi et apparentés	1,57	[0,74-3,46]	0,251
Autres	1,88	[0,52-8,49]	0,364
Religion			
Catholique	-	-	-
Autres religions chrétiennes	0,84	[0,67-1,04]	0,111
Musulmane	1,39	[0,80-2,44]	0,245
Endogène	**2,25**	[**1,57-3,24**]	**0,000**
Athée	1,27	[0,65-2,58]	0,503
Autres	2	[0,60-7,29]	0,269
Profession du conjoint			
Artisan/ouvrier/paysan	-	-	-
Vendeur/Commerçant	**1,51**	[**1,10-2,08**]	**0,009**
Haut fonctionnaire (cadre de l'administration publique)	1,17	[0,71-1,91]	0,533
Autres fonctionnaires	**1,67**	**[1,23-2,28]**	**0,001**
Elève/ Etudiant	1,79	[1,00-3,27]	0,051
Retraité	0,92	[0,25-3,30]	0,898
Sans emploi	1,18	[0,58-2,48]	0,661
Autre	1,23	[0,91-1,67]	0,171
Niveau d'instruction du conjoint			
Universitaire	-	-	-
Non scolarisé	1,39	[0,83-2,33]	0,329
Primaire	**1,9**	**[1,32-2,73]**	**0,000**
Secondaire	**1,71**	**[1,29-2,28]**	**0,000**
Gestité			
Primigeste	-	-	-
Paucigeste	**0,56**	**[0,31-0,99]**	**0,046**

Multigeste	**0,42**	**[0,20-0,91]**	**0,028**
Grande multigeste	0,56	[0,18-1,70]	0,307
Qualification du prestataire			
Sage-femme	-	-	-
Gynécologue obstétricien	**0,6**	**[0,42-0,85]**	**0,004**
Infirmier de maternité	0,58	[0,34-1,01]	0,055
Médecin généraliste	0,66	[0,29-1,50]	0,308
Terme de la grossesse à l'accouchement			
[37SA-41SA]	-	-	-
[28SA-32SA]	0,86	[0,48-1,55]	0,615
[33SA-36SA]	1,50	[1,17-1,91]	**0,001**
>41SA	0,83	[0,49-1,41]	0,497
Voie d'accouchement			
Accouchement naturel	-	-	-
Extraction instrumentale (forceps, ventouse)	**0,49**	**[0,31-0,76]**	**0,001**
Episiotomie	**0,69**	**[0,51-0,92]**	**0,012**
Césarienne au cours du travail	0,62	[0,36-1,06]	0,079
Césarienne programmée	0,61	[0,37-1,01]	0,052
Etat de la mère après accouchement			
Bien (aucun problème de santé)	-	-	-
Fatiguée	**3,64**	**[2,46-5,46]**	**0**
Modifications corporelles dérangeantes	**5,84**	**[2,50-15,55]**	**0**
Autre	2,32	[0,62-8,90]	0,207
Statut du bébé au moment de l'interview			
Vivant en bonne santé apparente	-	-	-
Vivant mais santé fragile	1,07	[0,79-1,45]	0,663
Décédé à la sortie de la maternité	**3,36**	**[2,00-5,87]**	**0,000**
Mode d'allaitement			
Maternel	-	-	-
Artificiel	0,67	[0,19-2,76]	0,544
Mixte	**0,34**	**[0,27-0,43]**	**0,000**
Contraception			

Oui	-	-	-
Non	**3,07**	**[2,24-4,23]**	**0,000**
Information sur la sexualité			
Oui	-	-	
Non	**2,96**	**[2,37-3,69]**	**0,000**
Fréquence mensuelle des rapports sexuels au cours de la grossesse			
Inférieur à 4	-	-	-
[4-8]	1,08	[0,87-1,33]	0,478
Supérieur à 8	**2,18**	**[1,34-3,63]**	**0,002**

Après analyse multivariée les facteurs associés à la reprise des rapports sexuels sont :

- L'ethnie (Mina et apparentés),
- La religion endogène
- La profession du conjoint (Vendeur/Commerçant ; Autres fonctionnaires)
- Le niveau d'instruction du conjoint **(**Primaire ; Secondaire)
- La gestité (Paucigeste ;Multigeste)
- La qualification du prestataire **(**Gynécologue obstétricien)
- Le terme de la grossesse à l'accouchement **(**33SA-36SA)
- La voie d'accouchement **(**extraction instrumentale; épisiotomie)
- L'état de la mère après accouchement **(**fatiguée**,** modifications corporelles dérangeantes)
- Le statut du bébé au moment de l'interview **(**décédé à la sortie de la maternité)
- Le mode d'allaitement (mixte)
- La contraception(Non)
- L'information sur la sexualité **(**non)
- La fréquence des rapports sexuels au cours de la grossesse (supérieure à 8)

Les femmes dont les conjoints étaient des fonctionnaires d'échelon bas avaient significativement 67% plus de chances de reprendre les rapports sexuels que les femmes dont les conjoints étaient artisans, ouvriers ou paysans. De même les femmes dont les conjoints avaient un niveau d'instruction primaire avaient significativement 90% de chances de plus de reprendre les rapports sexuels que les femmes dont les conjoints avaient atteint un niveau d'instruction universitaire.

Les multigestes avaient 58% moins de chances de reprendre les rapports sexuels que les primigestes dans les 6 mois post partum.

Les accouchées ayant été suivies par des gynécologues avaient 40% moins de chances de reprendre les rapports sexuels que celles suivies par des sage-femmes.

Les enquêtées ayant bénéficié d'une extraction instrumentale (forceps, ventouse) lors de l'accouchement avaient significativement 51% moins de chances de reprendre les activités sexuelles que celles ayant eu un accouchement naturel

Les femmes interviewées dont les bébés sont décédés après la sortie de maternité avaient 3,36 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels que celles dont les bébés étaient en bonne santé au moment de l'interview.

Les nourrices pratiquant l'allaitement mixte pendant les 6 mois après accouchement avaient 66% moins de chances de reprendre les rapports sexuels que celles allaitant leur bébé au lait maternel.

Les femmes n'ayant pas adopté une contraception avaient 3,07 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels dans les 6 mois après accouchement que celles ayant adopté une contraception.

Les enquêtées ayant une fréquence mensuelle de plus de 8 rapports sexuels pendant la grossesse avaient 2 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels après accouchement que celles ayant une fréquence mensuelle inférieure à 4.

3.5. Facteurs influençant la reprise précoce de la sexualité après l'accouchement

Parmi les femmes de notre étude qui avaient repris les rapports sexuels après accouchement, 157 soit 17 % ont repris dans les 6 premières semaines post partum.

3.5.1. Analyse multivariée

La régression logistique binaire prenant en compte toutes les variables associées avec une p value<0,2 à la reprise précoce des rapports sexuels après accouchement a retrouvé les facteurs influençant suivant:

Tableau XIXI: Facteurs associés à la reprise précoce des rapports sexuels après l'accouchement

	Reprise de rapports sexuels avant 6 semaines		
	OR	**IC95%**	**P.value**
Age (année)			
[25-29]	-	-	-
Inférieur à 20	1,67	[0,94-3,06]	0,087
[20-24]	0,96	[0,71-1,31]	0,791
[30-34]	**0,75**	**[0,57-0,99]**	**0,045**
[35-39]	0,88	[0,63-1,23]	0,443
[40-44]	1,23	[0,69-2,17]	0,469
Supérieur à 44	0,67	[0,12-4,28]	0,676
Ethnie			
Fon et apparentés	-	-	-
Mina et apparentés	**0,69**	**[0,52-0,91]**	**0,009**
Yoruba et apparentés	0,79	[0,52-1,19]	0,257
Dendi et apparentés	1,55	[0,73-3,42]	0,264
Autres	1,86	[0,52-8,42]	0,371
Religion			
Catholique	-	-	-
Autres religions chrétiennes	0,83	[0,67-1,04]	0,11
Musulmane	1,32	[0,76-2,31]	0,344
Endogène	**2,26**	**[1,59-3,26]**	**0,000**
Athée	1,29	[0,66-2,64]	0,447
Autres	2	[0,60-7,31]	0,228
Profession du conjoint			
Artisan/ouvrier/paysan	-	-	-
Vendeur/Commerçant	**1,52**	**[1,11-2,08]**	**0,007**

Haut fonctionnaire (cadre de l'administration publique)	1,14	[0,70-1,86]	0,593
Autres fonctionnaires	**1,64**	**[1,21-2,23]**	**0,001**
Elève/ Etudiant	**1,85**	**[1,04-3,37]**	**0,039**
Retraité	0,85	[0,24-3,04]	0,809
Sans emploi	1,21	[0,59-2,54]	0,611
Autre	1,22	[0,90-1,65]	0,184
Niveau d'instruction du conjoint			
Universitaire	-	-	-
Non scolarisé	1,38	[0,83-2,31]	0,207
Primaire	**1,92**	**[1,34-2,77]**	**0,000**
Secondaire	**1,72**	**[1,30-2,28]**	**0,000**
Gestité			
Primigeste	-	-	-
Paucigeste	**0,55**	**[0,31-0,97]**	0,107
Multigeste	**0,41**	**[0,19-0,87]**	0,035
Grandmultigeste	0,55	[0,18-1,66]	0,42
Qualification du prestataire			
Sage-femme	-	-	-
Gynécologue obstétricien	**0,6**	**[0,42-0,85]**	**0,004**
Infirmier de maternité	0,57	[0,33-1,01]	**0,042**
Médecin généraliste	0,63	[0,28-1,44]	0,255
Terme de la grossesse à l'accouchement			
[37SA-41SA]	-	-	-
[28SA-32SA]	0,86	[0,49-1,55]	0,62
[33SA-36SA]	0,5	[1,17-1,91]	**0,001**
>41SA	0,83	[0,49-1,41]	0,49
Voie d'accouchement			
Voie basse naturelle	-	-	-
Extraction instrumentale (forceps, ventouse)	**0,49**	**[0,31-0,77]**	**0,001**
Episiotomie	**0,68**	**[0,51-0,92]**	**0,007**
Césarienne au cours du travail	0,62	[0,36-1,06]	0,08
Césarienne programmée	0,6	[0,37-1,01]	**0,038**
Etat de la mère après accouchement			
Bien (aucun problème de santé)	-	-	-

Fatiguée	**3,65**	**[2,48-5,48]**	**0,000**
Modifications corporelles dérangeantes	**5,85**	**[2,52-15,51]**	**0,000**
Autre	2,27	[0,61-8,65]	0,216
Statut du bébé au moment de l'interview			
Vivant en bonne santé apparente	-	-	-
Vivant mais santé fragile	1,02	[0,76-1,36]	0,900
Décédé à la sortie de la maternité	**3,32**	**[1,98-5,77]**	**0,000**
Mode allaitement			
Maternel	-	-	-
Artificiel	0,69	[0,19-2,86]	0,587
Mixte	**0,34**	**[0,27-0,43]**	**0,000**
Contraception			
Oui	-	-	-
Non	**3,09**	**[2,26-4,26]**	**0,000**
Information sur la sexualité			
Oui	-	-	-
Non	**2,96**	**[2,38-3,70]**	**0,000**
Fréquence des rapports sexuels avant la grossesse			
Inférieur à 8	-	-	-
[8-12]	**1,3**	**[1,01-1,68]**	**0,044**
Supérieur à 12	1,08	[0,62-1,90]	0,787
Fréquence des rapports sexuels au cours de la grossesse			
Inférieur à 4	-	-	-
[4-8]	1,07	[0,87-1,33]	0,48
Supérieur à 8	**2,17**	**[1,33-3,61]**	**0,001**

Les facteurs associés à la reprise précoce des rapports sexuels après accouchement sont :

- L'âge en année (30-34)
- L'ethnie (Mina et apparentés)
- La religion endogène
- La profession du conjoint (vendeur/commerçant ; autres fonctionnaires ; élève/étudiant)

- Le niveau d'instruction du conjoint (primaire ; secondaire)
- La qualification du prestataire (gynécologue obstétricien ; infirmier de maternité)
- La voie d'accouchement (extraction instrumentale (forceps, ventouse))
- L'état de la mère après accouchement (fatiguée ; modifications corporelles dérangeantes)
- Le statut du bébé au moment de l'interview (décédé à la sortie de la maternité)
- Le mode d'allaitement (mixte)
- La contraception (non)
- L'information sur la sexualité (non)
- La fréquence des rapports sexuels avant la grossesse (supérieure à 8)
- La fréquence des rapports sexuels au cours de la grossesse (supérieure à 8)

Les enquêtées ayant entre 30-34 ans avaient significativement 25% moins de chances de reprendre les rapports sexuels dans les 6 mois post partum que celles ayant entre 25-29ans.

Les femmes dont les conjoints étaient des élèves ou étudiants avaient 85% plus de chances de reprendre les rapports sexuels que les femmes dont les conjoints étaient artisans, ouvriers ou paysans. De même les femmes dont les conjoints avaient atteint le niveau d'instruction primaire avaient 92% plus de chances de reprendre les rapports sexuels que les femmes dont les conjoints avaient atteint le niveau d'instruction universitaire.

Les multigestes avaient 59% moins de chances de reprendre les rapports sexuels que les primigestes dans les 6 mois post partum.

Les accouchées ayant été suivies par des gynécologues avaient 40% moins de chances de reprendre les rapports sexuels que celles suivies par des sage-femmes

Les enquêtées ayant bénéficié d'une extraction instrumentale (forceps, ventouse) lors de l'accouchement avaient 51% moins de chances de reprendre les activités sexuelles que celles ayant accouché par voie basse naturelle.

Les femmes interviewées dont les bébés sont décédés après la sortie de maternité avaient 3,32 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels que celles dont les bébés étaient vivants et en bonne santé au moment de l'interview

Les femmes ayant pratiqué l'allaitement mixte pendant les 6 mois après accouchement avaient 66% moins de chances de reprendre les rapports sexuels que celles ayant allaité leur bébé au lait maternel.

Les femmes n'ayant pas adopté une contraception avaient 3,09 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels que celles ayant adopté une contraception.

Les enquêtées ayant une fréquence mensuelle de 4-8 rapports sexuels avant la grossesse avaient 30% plus de chances de reprendre les rapports sexuels après accouchement que celles ayant une fréquence mensuelle inférieur à 8. De même les enquêtées ayant une fréquence mensuelle de rapports sexuels supérieur à 8 pendant la grossesse avaient 2 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels après accouchement que celles ayant une fréquence mensuelle inférieur à 4.

3.6. Vécu de la sexualité post partum

3.6.1. Motifs de reprise des rapports sexuels dans les six (06) mois après accouchement

Le tableau suivant présente la répartition des femmes selon les motifs de la reprise des rapports sexuels après accouchement :

Tableau XXI: Motifs de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement

	Effectif	Fréquence (%)
Motifs de la reprise des rapports sexuels après accouchement		
Pour satisfaire mon partenaire	651	70,15
Pour maintenir l'harmonie du couple	528	58,89
Pour éviter l'infidélité de mon partenaire	333	35,88
Pour mon plaisir personnel	264	28,44
Pour un désir de maternité à cause du décès du dernier	18	1,94
Autres	15	1,61

La plupart des femmes ont repris les rapports sexuels pour satisfaire leur partenaire. Les autres motifs de la reprise des rapports sexuels sont présentés dans le tableau ci après

Tableau XXII: Autres motifs de reprise des rapports sexuels

	Effectif	Fréquence (%)
Autres motifs de reprise des rapports sexuels		
Avoir autres enfants de plus est notre souci	1	10
Comme j'ai fait un planning déjà je suis certaine de ne pas tomber enceinte précocement	1	10
Pour éviter qu'il me frappe	1	10
Pour une nouvelle grossesse	5	50
Pour voir si j'aurai mal	1	10
Pour voir si on est toujours en couple	1	10

Total	10	100

Parmi les autres motifs de reprise des rapports sexuels, le désir de maternité était le principal.

3.6.2. Initiative de reprise

La figure suivante présente la répartition des couples selon l'initiateur de la reprise des rapports sexuels :

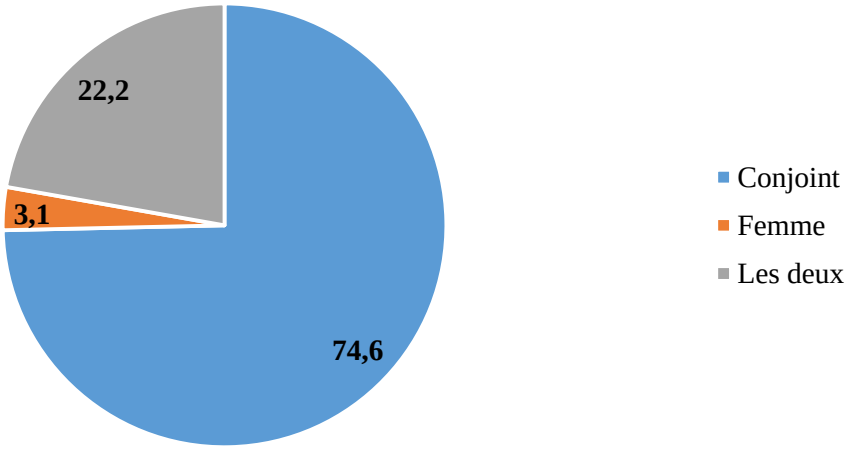


Figure 20: Répartition des couples selon l'initiateur de la reprise des rapports sexuels

Les hommes de notre série sont les initiateurs des rapports sexuels dans 74,6% des cas.

Et dans ces cas 10,34% des femmes n'étaient pas consentantes. Ce qui avait engendré une reprise des rapports sexuels avec violence dans 36,46% des cas avec des conséquences dans 12,5% des foyers tels que des divorces, des chantages et infidélité.

3.6.3. Les raisons de l'absence de reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après l'accouchement

La reprise des rapports sexuels après l'accouchement n'a pas été effective dans les 6 mois après accouchement chez 69,2% des femmes de notre série. Les raisons sont présentées dans le tableau ci-après :

Tableau XXII: Raisons de l'absence de reprise des rapports sexuels dans un délai de six mois après accouchement

	Effectif	Fréquence (%)
Raisons de l'absence de reprise		
Baisse de désir	1279	61,34
Peur d'avoir mal	780	37,41
Autres	354	16,98

Les principales raisons de l'absence de la reprise des rapports sexuels dans les 6 mois après l'accouchement chez les femmes sont : La baisse de désir et la peur d'avoir mal

Le tableau suivant présente les autres motifs d'absence de reprise des rapports sexuels.

Tableau XXIII: Autres raisons de l'absence de reprise des rapports sexuels dans les 6 mois après accouchement

	Effectif	Fréquence (%)
Autres raisons de l'absence de reprise		
Pour un espacement des naissances	56	22,5
Femme pas encore prête	49	19,7
Indisponibilité du conjoint	29	11,6
Modifications corporelles dérangeantes	21	8,4
Abstinence sexuelle avant le retour des règles	5	2

Interdits culturels	16	6,4
Choix commun des deux conjoints	14	5,6
Douleur de la plaie opératoire	9	3,6
Femme ayant des problèmes de santé	15	6,0
Femme occupée par les soins du bébé	15	6,0
Femme vivant toujours chez ses parents	20	8,0
Total	249	100,0

Parmi les autres raisons de l'absence de reprise des rapports sexuels l'espacement des naissances était la principale.

3.6.4. Place du retour des couches dans la reprise des rapports sexuels après l'accouchement

La répartition des femmes selon la reprise des rapports sexuels avant ou après le retour des couches est présentée dans le tableau ci-après

Tableau XXIVI: Répartition des femmes selon la reprise des rapports sexuels avant ou après le retour des couches

	Effectif	**Fréquence (%)**
Reprise de rapports sexuels avant ou après le retour des couches		
Avant	368	39,7
Après	549	59,2
Ne se souvient pas	11	1,2
Total	928	100,0

La reprise des rapports sexuels a été effective chez 39,7% des femmes avant le retour des couches.

3.6.5. Régularité des rapports sexuels après la reprise

La répartition des femmes selon la régularité du rythme des rapports sexuels après la reprise est présentée dans le tableau suivant:

Tableau XXVI: Régularité ou non de la fréquence des rapports sexuels après accouchement

	Effectif	Fréquence (%)
Fréquence régulière ou non des rapports sexuels après la reprise		
Non	614	66,2
Oui	314	33,8
Total	928	100,0

Les rapports sexuels n'ont pas été réguliers chez 66,2% des femmes.

3.6.6. Moment de la reprise des rapports sexuels dans les six (06) mois après accouchement par rapport aux expériences précédentes

Chez 56% des femmes ayant une parité supérieure à un (01), l'envie de reprendre les rapports sexuels étaient survenue au même moment par rapport à leurs expériences précédentes.

De même 56,2% des femmes ont repris les rapports sexuels au même moment par rapport à leurs expériences précédentes.

3.6.7. Difficultés à la reprise des rapports sexuels dans les six (06) mois post partum

La reprise des rapports sexuels a été difficile pour les femmes interviewées dans 29,1% des cas. Ces difficultés sont énumérées dans le tableau ci-après :

Tableau XXVIV: Difficultés à la reprise des rapports sexuels après accouchement

	Effectif	Fréquence (%)
Difficultés liées à la reprise des rapports sexuels après accouchement		
Douleur	221	71,3
Inconfort	22	7,1
Sècheresse vaginale	58	18,7
Autres	9	2,9

La douleur était la principale difficulté des femmes lors de la reprise des rapports sexuels après accouchement.

3.6.8. Utilisation d'alternatives et reprise des rapports sexuels avec pénétration vaginale après accouchement dans les six (06) mois après accouchement

En attendant la reprise des rapports sexuels avec pénétration vaginale 3,3% des femmes ont eu recours à des alternatives. Ces alternatives sont présentées dans le tableau ci-après :

Tableau XXVIII: Répartition des femmes selon les alternatives à la reprise des rapports sexuels avec pénétration vaginale dans les six (06) mois après accouchement

	Effectif	Fréquence (%)
Alternatives à la reprise des rapports sexuels avec pénétration vaginale		
Augmentations des caresses intimes	57	58,16
Masturbation	54	55,10
Sodomie	8	8,16
Utilisation d'accessoires érotiques	43	43,87
Autres	4	4,08

L'augmentation des caresses intimes, la masturbation étaient les alternatives les plus fréquemment utilisées par les femmes de notre série.

Le tableau numéro 32 présente la répartition des femmes selon les autres alternatives à la reprise des rapports sexuels avec pénétration vaginale.

Tableau XXVIIII: Répartition des femmes selon les autres alternatives à la reprise des rapports sexuels avec pénétration vaginale

	Effectif	Fréquence (%)
Autres alternatives à la reprise des rapports sexuels avec pénétration vaginale		
Il veut prendre une seconde épouse	1	25
Massages	1	25
Peut chercher ailleurs	1	25
Vidéos pornographiques	1	25
Total	4	100,0

Les autres alternatives étaient : La décision de l'époux de marier une seconde épouse, les massages, la possibilité pour l'homme de satisfaire ses désirs sexuels ailleurs, les vidéos pornographiques.

3.6.9. Type de rapports sexuels après la reprise

Les types de rapports sexuels pratiqués par les couples après la reprise sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau XXIXI: Types d'activités sexuelles pratiqués après la reprise

	Effectif	Fréquence (%)
Type d'activités sexuelles		
Coït vaginal	899	96,87
Sexe oral	96	10,34
Masturbation	32	3,44
Coït anal	24	2,58

Le coït vaginal a été la principale pratique sexuelle des couples de notre série

3.6.10. Satisfaction des femmes sur le rapport sexuel lors de la reprise

Le tableau suivant présente la répartition des femmes selon leur satisfaction du rapport sexuel à la reprise.

Tableau XXX: Répartition des femmes selon leur satisfaction du rapport sexuel à la reprise

	Effectif	Fréquence (%)
Perception des femmes selon leur satisfaction du rapport à la reprise		
Très satisfaite	45	4,8
Satisfaite	620	66,8
Peu satisfaite	169	18,2
Insatisfaite	94	10,1
Total	928	100,0

Dans notre série 66,8% des femmes étaient satisfaites de leurs rapports sexuels actuels

3.6.11. Positions sexuelles adoptées à la reprise

Le tableau suivant présente la proportion des femmes selon les positions sexuelles adoptées lors de la reprise

Tableau XXXI: Positions sexuelles adoptées lors de la reprise des rapports sexuels

	Effectif	Fréquence (%)
Positions adoptées lors de la reprise des rapports sexuels		
Missionnaire	879	94,71
Position latérale	402	43,31
Position vaginale postérieure	382	41,16
Andromaque	372	40,08
Autre	314	33,83

La position missionnaire était la position sexuelle la plus adoptée par les couples.

Parmi ces positions celles qui ont été difficiles pour les femmes sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau XXXIII: Positions sexuelles difficiles lors de la reprise

	Effectif	Fréquence (%)
Positions sexuelles difficiles		
Aucune	571	61,53
Andromaque	133	14,33
Position vaginale postérieure	125	13,47
Missionnaire	91	9,8
Position latérale	56	6,03
Autre	57	6,14

La position Andromaque était la position sexuelle difficile pour la plupart des femmes.

3.6.12. Consultation en rapport avec les difficultés liées à la reprise des rapports sexuels dans les six (06) mois après l'accouchement

Dans notre série sept (07) femmes ont eu à consulter pour des difficultés liées à la reprise des rapports sexuels après accouchement. La répartition des femmes selon ces difficultés se présente comme suit :

Tableau XXXIIII: Répartition des femmes selon les difficultés liées à la reprise des rapports sexuels pour lesquelles elles ont consulté

	Effectif	Fréquence (%)
Motifs de consultation pour les difficultés en rapport avec la reprise des rapports sexuels		
Dyspareunies	3	42,85
Infection	2	28,57
Absence de désir	1	14,28
Leucorrhées blanchâtres	1	14,28
Saignement génital	1	14,28

Les dyspareunies étaient les principaux motifs de consultation des femmes en rapports avec la reprise des rapports sexuels.

3.6.13. Consultation en rapport avec les difficultés liées au déroulement de la reprise des rapports sexuels

Dans notre série trois (03) femmes ont eu à consulter pour des difficultés liées au déroulement des rapports sexuels.

Tableau XXXIVI: Répartition des femmes selon les difficultés liées au déroulement des rapports sexuels pour lesquelles elles ont consulté

	Effectif	Fréquence (%)
Motifs de consultation pour le déroulement des rapports sexuels après accouchement		
Dyspareunie	3	75,0
Sécheresse vaginale	1	25,0
Total	4	100,0

Les dyspareunies étaient les principaux motifs de consultation des femmes en rapport avec le déroulement des rapports sexuels après accouchement

IV. DISCUSSIONS

La discussion de nos résultats portera sur les points ci-après :

- La méthodologie
- La fréquence de reprise des rapports sexuels après accouchement
- Les caractéristiques de l'échantillon
- Les facteurs influençant la reprise
- Le vécu de la reprise de la sexualité post partum
- Forces et limites

➢ Méthodologie

La grossesse et l'accouchement entrainent des modifications sur le plan anatomique, hormonal, familial et relationnel. Et ces modifications ont des impacts importants sur la fonction sexuelle post partum. Dans le but d'identifier les facteurs influençant la reprise des rapports sexuels après accouchement nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique avec collecte prospective des données dans la ville de Cotonou. Ce qui nous a permis d'identifier les facteurs influençant et de calculer leur odds ratio. Une étude de cohortes prospectives aurait été un moyen plus fiable de répondre aux objectifs de ce travail. Elle permettrait ainsi d'évaluer la sexualité avant et pendant les différents trimestres de la grossesse et également à différents intervalles du postpartum tout en considérant le compte rendu de l'accouchement. Ceci nous aurait permis de diminuer le biais de subjectivité que comportent souvent les études portant sur la sexualité.

➢ La fréquence de reprise des rapports sexuels six (06) mois après accouchement

Dans notre étude 30,8 % des femmes avaient repris les rapports sexuels. Des fréquences de reprise similaires ont été retrouvées dans d'autres études africaines comme la fréquence de 34,2% retrouvée par Kouakou et al en Côte d'ivoire [41] et 38,7% par Adedokun et al au Nigéria [42]. Le taux de reprise des rapports

sexuels dans les 6 mois après l'accouchement varie d'une région à une autre en raison de la diversité des pratiques culturelles, religieuses et attitudes sexuelles des femmes. En témoignent les taux élevés de reprise retrouvés par Mekonnen et al(89,7%) en Ethiopie [40] et Yee et al (76,1%) aux Etats Unis[43]. Des fréquences de reprise plus faibles ont également été rapportées dans d'autres études africaines, 23,8% au Ghana[44] et 13,33% en Eswatini [45].

Le délai moyen de reprise des rapports sexuels dans notre étude était de 10,7 ± 04,5 semaines. Ce délai correspond au délai de dix (10) semaines rapporté aux Etats unis [43]. Par contre en Australie la reprise de la sexualité s'effectue en moyenne à six (06) semaines après l'accouchement [5], huit (08) semaines en Ouganda[46] et onze (11) mois en Côte d'ivoire[47]. La diversité culturelle explique également cette disparité dans les délais de reprise.

- **Caractéristiques de l'échantillon**

Les enquêtées de notre étude étaient relativement jeunes. L'âge moyen des femmes interviewées était de 27,8 ± 05,9 ans, ce qui correspond aux âges de fertilité maximale dans l'espèce humaine. En témoignent les données de la littérature avec un âge moyen de 29,5±4,7 ans dans l'étude de Anzaku et al en 2014 au Nigéria[46] et 29,81±5,5 ans selon Rezaei et al en 2017 en Iran[47].

Sur les 3013 participantes, le tiers était des vendeuses/commerçantes, d'ethnie Fon et apparentés dans 76,4% des cas. Elles étaient de religion Chrétienne 80,1% et 37,6% ont atteint le niveau d'étude secondaire. Ces résultats correspondent en réalité à la répartition de la population féminine de Cotonou telle que rapportée dans l'Enquête Démographique et de la Santé (EDS Bénin de 2017)[50]. C'est aussi le profil des femmes dans la plupart des pays en développement notamment en Afrique.

Sur le plan matrimonial plus de la moitié des femmes interviewées étaient en union libre et 82,8% étaient dans des foyers monogames. Cette faible proportion de femmes mariées de notre étude est liée au changement des habitudes sociales.

Le mariage n'est plus un impératif pour l'union d'un homme et d'une femme à tel enseigne qu'ils forment des foyers sans des formalités coutumières, civiles ou réligieuses. De même la forte proportion de foyers monogames pourrait être liée à la diminution de la prévalence de la polygamie dans de nombreux pays africains[51]. Par exemple, les données de 34 pays africains montrent que 72% des femmes étaient dans des mariages monogames, 28% déclaraient que leur mari avait deux femmes ou plus[52].

Dans le groupe des hommes, de façon générale l'âge des conjoints était souvent plus élevé que celui de leurs femmes sans différence significative. Ils étaient artisans, ouvriers ou paysans dans 26,3% des cas et 44,8% avaient atteint le niveau d'étude secondaire.

Les couples de notre étude étaient relativement d'union récente. Plus de la moitié avaient entre 1-5ans comme retrouvé par Tesfay et al en Ethiopie[53]. Ce qui est en harmonie avec la forte proportion de jeunes de notre étude. Les enquêtées étaient essentiellement des paucigestes et des paucipares à l'instar des autres études africaines ayant porté sur la sexualité post partum [38],[43]. Plus de la moitié des femmes avaient 1-2 enfants vivants comme retrouvé par Shabangu et al en Eswatini[45].

L'accouchement naturel a été la voie d'accouchement pour près de trois femmes sur quatre. Cette forte proportion d'accouchement naturel témoigne des efforts fournis par le personnel de santé pour le bon suivi des grossesses et la maitrise de l'accouchement. Plusieurs autres études avaient retrouvé les mêmes résultats [43],[46].

Le mode d'allaitement maternel exclusif a été le mode d'allaitement privilégié pour près de 80% des femmes de notre étude comme retrouvé par Maamri et al (83%) en Tunisie [6]. La prévalence contraceptive dans notre étude est relativement basse (1 femme sur 10). Le bas niveau d'instruction de femmes en Afrique explique cette prévalence. De nombreuses études africaines ont trouvé des taux similaires : en Zambie[55], Ethiopie [56] , au Nigeria [57] , en Uganda [58] et en Côte-d'ivoire [59]. Ces faibles taux sont alarmants à cause du risque de grossesse précoce.

- **Les facteurs influençant la reprise**

Après régression logistique binaire les facteurs influençant la reprise de la reprise des rapports sexuels, retrouvés dans notre étude sont :

L'ethnie, la religion, la profession et le niveau d'instruction du conjoint, la gestité, la qualification du prestataire, la voie d'accouchement, l'état de la mère après accouchement, le statut du bébé au moment de l'interview, le mode d'allaitement, la contraception, l'information sur la sexualité, la fréquence des rapports sexuels au cours de la grossesse.

- **Représentation ethnique et religieuse**

Sur les 3013 femmes, 76,3% des femmes interviewées étaient d'ethnie Fon et 80,1% étaient de religion catholique. **C**es proportions correspondent à la répartition de la population féminine de Cotonou telle que rapportée dans l'Enquête Démographique et de la Santé (EDS Bénin de 2017)[50].

Il existe un lien statistiquement significatif entre la représentation ethnique, religieuse et la reprise de la sexualité après accouchement avec p value=0,000. Ce même résultat a été retrouvé par Fagbamigbe et al au Nord-Ouest du Nigéria [60]. L'ethnie et la religion de l'accouchée, influencent donc la reprise des activités sexuelles après accouchement.

❖ **Profession du conjoint**

Dans notre série les couples dont le conjoint était fonctionnaire d'échelon bas avaient 67% plus de chances de reprendre les rapports sexuels après accouchement par rapport aux artisans/ouvriers/paysans. (OR=1,67 ; IC [1,23-2,28])

Cette influence de la profession du conjoint, sur la reprise de la sexualité post partum a été retrouvé par Owonikoko et al en 2017[54]. Cette situation pourrait s'expliquer par l'absence, l'indisponibilité et la fatigue physique engendrées par certains corps de métiers par rapport à d'autres.

❖ **Niveau d'instruction du conjoint**

Les couples dont les conjoints étaient de niveau d'instruction primaire avaient 90% plus de chances de reprendre les rapports sexuels que les hommes ayant atteint le niveau d'étude supérieur. Ce résultat est corroboré par Fagbamigbe et al qui révèle que les femmes dont le partenaire a un niveau d'éducation bas sont susceptibles de reprendre plus précocement les activités sexuelles [60]. En réalité on pourrait supposer que les hommes de niveau d'instruction élevé auront en général accès à d'autres distractions que le sexe par rapport aux hommes de niveau d'instruction bas.

❖ **Gestité**

On constate que les multigestes avaient deux fois moins de chances de reprendre les activités sexuelles par rapport aux primigestes. Les multigestes de notre étude sont pour la plupart multipares donc ayant des responsabilités maternelles plus importantes. Ce qui pourrait favoriser une baisse de désir et réduirait ainsi les chances de reprise des rapports sexuels dans les 6 mois post partum.

❖ **Voie d'accouchement et reprise des rapports sexuels**

Il existe des preuves contradictoires sur l'influence de la voie d'accouchement sur la reprise des rapports sexuels post partum[8]. Selon certains auteurs, la voie d'accouchement n'est pas associée à la reprise des rapports sexuels [35],[36],[63]. Selon Kahramanoglu et al quel que soit le type d'accouchement, la fonction sexuelle, 6 mois après l'accouchement est similaire à celle d'avant la grossesse [64]. Par contre d'autres auteurs tels que Adanikin et al[65] et Rowland et al[66] y trouvent un lien. Ils avaient retrouvé que le mode d'accouchement était très significativement associé à la reprise des rapports sexuels.

Les résultats de notre étude révèlent que les enquêtées ayant bénéficié d'une extraction instrumentale (forceps, ventouse) ou d'une épisiotomie lors de l'accouchement avaient respectivement 51% et 31% moins de chances de reprendre les activités sexuelles par rapport à celles ayant eu un accouchement naturel. Ce résultat concorde avec celui de Rowland et al au Canada [66]. Selon ce dernier les femmes ayant subi un traumatisme périnéal étaient beaucoup moins susceptibles de reprendre les rapports sexuels que celles sans traumatismes ou celles qui avaient bénéficié de césarienne. On conclut donc que l'épisiotomie et l'instrumentalisation de l'accouchement affectent négativement la reprise de la sexualité après accouchement.

De même près de la moitié des femmes ayant accouché par césarienne ont repris les rapports sexuels dans un délai de 6 mois ; ce qui est largement supérieur à la proportion des femmes ayant repris après accouchement par voie basse naturelle.

La césarienne serait donc un facteur prédictif positif de la reprise de la sexualité après accouchement.

❖ **Influence de l'état de santé de la mère après accouchement**

Les modifications engendrées par l'accouchement influencent la sexualité post partum[67]. Selon Pujols et al plusieurs aspects de l'image corporelle, y compris le poids, la condition physique et les pensées sur le corps pendant l'activité sexuelle, prédisent la satisfaction sexuelle chez les femmes[10]

Dans l'étude de Woolhouse et al les femmes ont identifié de nombreux facteurs affectant les relations sexuelles post partum à savoir la fatigue extrême, l'image corporelle, entraînant des changements dans la libido et l'intimité dans les relations. Cette étude démontre que la grossesse, l'accouchement et la parentalité peuvent apporter des changements importants aux expériences sexuelles et intimes des femmes[68]

Ces mêmes résultats sont retrouvés par Pardell-Dominguez en Espagne [69]

❖ **Contraception et reprise**

La reprise des rapports sexuels après accouchement peut également représenter un risque élévé de grossesses non désirées. Certaines femmes peuvent être fécondes quelques semaines après l'accouchement, en particulier celles qui n'allaitent pas. Ainsi, une femme sexuellement active après l'accouchement n'utilisant pas de méthode contraceptive efficace, augmente sa vulnérabilité à une grossesse précoce [48]. Dans notre étude 81% des femmes ayant repris les activités sexuelles n'ont pas utilisé de contraceptifs et parmi ces dernières 37,7% n'avaient pas encore le retour des règles. Ce résultat est inquiétant car les femmes en post-partum risquent de tomber enceinte avant même l'apparition des premières règles. Cela pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup de femmes sous-estimeraient le risque de grossesse dans la période d'aménorrhée post partum en supposant que l'aménorrhée pourrait garantir une protection contre la grossesse.

Selon Owonikoko et al la contraception influence donc la reprise de la sexualité après accouchement[54]. En effet les femmes, en utilisant une contraception sont confiantes d'atteindre les intervalles d'espacement des naissances recommandés et d'éviter les grossesses non planifiées.

Dans notre série les femmes n'ayant pas adopté une contraception avaient 3,09% plus de chances de reprendre les rapports sexuels que celles ayant adopté Ce résultat n'est pas cohérent avec la plupart des études réalisées en Ouganda[70], Iban [71], Ethiopie[40] qui retrouvent que les femmes qui utilisaient une contraception avaient plus de chances de reprendre les rapports sexuels que celles qui n'en utilisaient pas.

Cette disparité des résultats pourrait être justifiée par la taille et les caractéristiques socio démographiques de notre échantillon. En effet comme nous l'avons signalé plus haut il est constaté en Afrique et dans notre étude une forte proportion de femmes n'adoptant pas de contraception. Cette faible prévalence de la contraception est généralement liée au bas niveau d'instruction. La majorité des femmes de notre étude qui ont repris les rapports sexuels ne sont pas sous contraception et sont de niveau bas (62,1%). Il pourrait donc exister un biais.

Néanmoins, il est nécessaire de souligner dans nos établissements de santé l'importance du conseil en matière de contraception post-partum.

- **Allaitement et reprise**

En général, l'allaitement a un impact plutôt négatif sur la sexualité des femmes, que ce soit en matière de désir, de fréquence, de lubrification vaginale[72],[73] [43]. En effet, la sécrétion de prolactine dans le post-partum couplée à une hypo-oestrogénie aurait des conséquences négatives sur la libido. Les conflits avec les rôles des seins sont fréquents, et le réflexe d'éjection se produisant lors des

relations sexuelles reçoit une réaction ambivalente des couples [72],[73]. Dans notre série une faible proportion (1 sur 4) de femmes allaitant au lait maternel exclusif leurs bébés ont repris les activités sexuelles dans les 6 mois post partum. Ce résultat est cohérent avec d'autres études [6],[74],[72],[43] qui démontrent l'impact négatif de l'allaitement sur la fonction sexuelle. Cependant dans un contexte professionnel qui met l'accent et favorise l'allaitement maternel, il existe un risque de conflit interne. Les praticiens peuvent avoir du mal à informer les femmes de l'impact de l'allaitement maternel sur l'activité sexuelle, la dyspareunie et la lubrification vaginale tout en craignant une diminution de la volonté des femmes d'allaiter au lait maternel exclusif si l'impact est connu[76]. Les femmes qui allaitaient leurs nourrissons étaient significativement moins intéressées par les rapports sexuels que celles qui allaitaient au biberon, indépendamment de la fatigue, mais cet effet ne persistait pas à long terme.

- **Etat de santé du bébé après la sortie de maternité**

Parmi les femmes de notre échantillon d'étude, les 17 femmes ayant perdu leur bébé après la sortie de maternité avaient 3,36 plus de chances de reprendre les rapports sexuels dans les 6 mois après accouchement que les femmes dont les bébés étaient en bonne santé apparente. Ceci s'explique probablement par le désir spontané de grossesse dans l'optique de pallier au décès du précédent.

- **Information sur la sexualité pendant les consultations prénatales et postnatales**

Les femmes sont souvent confrontées à des problèmes sexuels à la reprise des rapports sexuels après l'accouchement, mais ils ne sont généralement pas signalés et aucune intervention médicale n'est demandée [77] [78]. Cette situation pourrait révéler un manque de communication entre les femmes et leurs soignants en ce qui concerne la sexualité post-partum [48]. L'ouverture du dialogue par les agents de santé, est encore très peu pratiquée d'après les enquêtes épidémiologiques publiées[79]. Ainsi plusieurs études s'accordent sur le fait

qu'une proportion importante de femmes en post-partum ne reçoivent pas d'informations ou de conseils adéquats sur la sexualité post [56],[80]. C' est le cas par exemple en Tunisie où à l'occasion des consultations postnatales, 82% des femmes n'ont pas été interrogées par l'équipe soignante sur la qualité de leurs rapports sexuels après l'accouchement, et 60% des femmes n'étaient pas satisfaites de l'information fournie par les professionnels de la santé [6]. Dans notre étude 76% des femmes n'avaient reçu aucune information sur la sexualité après l'accouchement mais 91,82% des femmes qui en avaient reçu étaient satisfaites de ces informations. De plus ces femmes qui avaient reçu des informations avaient 2,96 fois plus de chance de reprendre les rapports sexuels. Ce résultat est corroboré par Mekonnen et al en Ethiopie[40]. Ce qui témoigne de l'impact positif du dialogue avec le personnel soignant sur la sexualité post partum. De même 92,2% des femmes que nous avons interviewées ont déclaré qu'elles souhaitaient que la sexualité soit abordée au cours des consultations prénatales ou post natales. Les femmes de l'étude d'Aribi et al en Tunisie ont fait la même déclaration [81]. Il est donc nécessaire que les professionnels de santé impliqués dans le suivi de la grossesse soient formés à dépister et répondre aux préoccupations des gestantes en matière de sexualité.

- **Influence de la sexualité au cours de la grossesse**

Dans notre étude les femmes ayant une fréquence d'au moins 8 rapports sexuels par mois au cours de la grossesse avaient 2,18 fois plus de chances de reprendre les rapports sexuels que celles ayant une fréquence inférieure à 4.

Mais selon l'étude de Yıldız au Royaume Uni il n'y avait pas une corrélation entre la fréquence des rapports sexuels au cours de la grossesse et la sexualité post-partum. Il a plutôt été démontré que la fonction sexuelle pendant la grossesse et la période post-partum avait une corrélation linéaire significative avec la sexualité avant la grossesse[82].

Selon Zhuang et al en Chine les activités sexuelles pendant la grossesse ont influencé les activités sexuelles post-partum dans les 3 mois suivant

l'accouchement [83]. Cet aspect de la sexualité mérite une exploration plus approfondie.

- **Le vécu de la reprise de la sexualité post partum**

❖ **Mode d'accouchement et fonction sexuelle**

Selon certains auteurs le mode d'accouchement affecte la fonction sexuelle des femmes en particulier dans l'observance et le degré de la douleur [41] [66]. Selon Zhuang et al en Chine l'accouchement par césarienne ne réduisait pas les dysfonctions sexuelles après accouchement[83].

Dans notre série parmi les 91 femmes césarisées qui ont repris les activités sexuelles 25,27% ont éprouvé des difficultés ; parmi les 126 femmes ayant bénéficié d'une épisiotomie et ayant repris les activités sexuelles 52,38% ont éprouvé des difficultés ; parmi les 643 femmes qui ont accouché par voie basse naturelle et qui ont repris les activités sexuelles 23,17% ont éprouvé des difficultés, parmi les 68 femmes qui ont bénéficié d'un accouchement instrumentalisé et ayant repris les rapports sexuels 47,05% ont éprouvé des difficultés. Les difficultés étaient à type de dyspareunie, inconfort, sécheresse vaginale, douleurs abdominales. La dyspareunie était la plus importante des difficultés. On constate que la reprise après épisiotomie et accouchement instrumentalisé présente les proportions les plus élevées de difficultés notamment de dyspareunie. Cette constatation a également été faite par L. B. Signorello qui révèle que les traumatismes périnéaux (épisiotomie) et l'utilisation d'instruments obstétricaux étaient des facteurs liés à la fréquence ou à la gravité de la dyspareunie post-partum, ce qui indique qu'il est important de minimiser l'étendue des dommages périnéaux subis pendant l'accouchement [42]. On conclut ainsi que la césarienne facilite la fonction sexuelle post partum. Ce résultat est corroboré par Langrova et Vrublova qui révèlent que la césarienne réduit l'intensité de dyspareunie pendant les rapports sexuels post partum [7]

❖ **Initiative et motifs de la reprise**

En général, les hommes initient davantage les relations sexuelles en période postnatale notamment le premier coït [85]. Selon Mekonnen et al la demande du mari pour les rapports sexuels était environ 2,66 fois plus élevée que le désir des femmes[40]. Ce résultat est corroboré par d'autres études réalisées en Eswatini [45] et en Tanzanie [86]. Dans notre série la reprise de l'activité sexuelle a été faite sur initiative du conjoint dans 75% des cas. Les principaux motifs étaient de satisfaire leur conjoint, de maintenir l'harmonie du couple et d'éviter l'infidélité de leur conjoint. Dans l'étude de Anzaku et al 77,4 % des femmes ont déclaré que la demande de relations sexuelles de leur mari était la principale raison du début de l'activité sexuelle post-partum [48]. Ces mêmes motifs ont été retrouvé dans plusieurs autres études [6],[41],[59]. Cela pourrait être attribué à la crainte que leurs conjoints soient obligés d'avoir des relations sexuelles avec d'autres femmes pour assouvir leur désir sexuel [45],[63],[87].

Au cours de notre enquête une accouchée avait déclaré *reprendre les rapports sexuels pour éviter des violences de la part de son mari*. Il parait donc important que les professionnels de santé mettent l'accent sur l'éducation sexuelle du couple.

❖ **Les raisons de l'absence de reprise dans les six mois post partum**

La reprise des rapports sexuels après accouchement n'a pas été effective chez 69,2% des femmes de notre série. Les principales raisons étaient la baisse du désir(53%), la peur d'avoir mal(32,3%), l'espacement des naissances(22,5%). Ces mêmes raisons ont été retrouvées dans plusieurs études [46],[57],[42],[9]

L'absence de reprise des rapports sexuels a été la cause de divorce et chantage dans 4% des couples de notre échantillon. L'éducation sexuelle post partum des couples revient nécessaire.

❖ **Difficultés rencontrées à la reprise**

Plusieurs femmes rencontrent des difficultés dans leur sexualité post partum [85], [88]. Certains évènements obstétricaux tels que la césarienne, accouchement naturel ou instrumental, épisiotomie peuvent affecter la santé sexuelle des femmes

dans des proportions variables[89]. Dans notre série, parmi les mères qui ont repris des rapports sexuels 29,1% avaient des problèmes sexuels. Les problèmes les plus fréquemment rencontrés étaient la douleur (71,3%), la sécheresse vaginale (18,7%), l'inconfort (7,1%). Ces difficultés sont les plus rencontrées dans les études [90],[46],[4]. Ces difficultés liées au premier coït et/ou au déroulement de la reprise des rapports sexuels ont fait l'objet d'une consultation que chez 10/270 femmes. Selon l'étude de Anzaku et al seulement 8/144 femmes ayant eu un ou plusieurs problèmes sexuels ont demandé un avis ou une intervention médicale [48].

Ce faible taux de consultation a été retrouvé dans d'autres études [5],[78],[91]. Peu de mères arrivent à se confier aux agents de santé sur leur sexualité post partum. Les professionnels de la santé devraient donc éduquer et préparer les patientes; être formé pour identifier les problèmes; et être compétent pour les traiter ouvertement et avec sympathie.

❖ **Alternatives à la reprise des rapports sexuels avec pénétration vaginale**

Selon McDonald et al les activités sexuelles sans pénétration vaginale reprennent en général plus tôt que les relations vaginales dans le couple[92]. Les couples de notre étude ont eu recours à des alternatives dans 3,3% des cas. L'utilisation d'alternatives à la reprise des rapports sexuels a été retrouvé également dans les couples au Nigéria[54] et à Abidjan[41]

➢ **Forces et limites**

✓ **Limites/Biais**

❖ **Biais de sélection**

Notre étude s'est déroulée exclusivement en zone urbaine (Cotonou) où la population est majoritairement d'ethnie Fon et Apparentés et de religion Chrétienne. Les comportements des femmes ne sont probablement pas les mêmes en zones rurales. Et ces caractéristiques pourraient influencer les attitudes sexuelles des femmes dans le post partum. Une étude de cohorte prenant en

compte plusieurs départements du pays serait plus représentative de la population générale.

❖ **Biais d'information**

Le guide d'entretien utilisé pour ce travail n'a pas véritablement détaillé la fonction sexuelle des femmes. La non standardisation de la méthode de recueil de certaines variables pourrait être source de biais d'information. Et pour pallier à cela nous aurions pu utiliser des scores objectifs d'évaluation de la fonction sexuelle des femmes. Ce qui aurait nécessité plus de temps et plus d'efforts linguistiques.

La majorité des femmes de cette étude s'exprimait mieux en fon. Une langue couramment parlée par les enquêteurs mais néanmoins il subsistait certaines difficultés de traduction formelle du questionnaire en fon. Ces difficultés étaient plus grandes face aux femmes qui ne comprenaient ni le fon, ni le français. Des proches ont dû participer à la traduction. Ce qui pourrait rompre le rapport de confidentialité et affecter la précision des informations.

❖ **Biais de subjectivité**

Les données recueillies lors de cette étude, étaient basées uniquement sur les déclarations des enquêtées. Sachant que la sexualité est un sujet tabou surtout en Afrique il pourrait exister un biais de déclaration.

De plus cette étude a évalué la fonction sexuelle des femmes de l'accouchement à 6 mois post partum pour favoriser une réduction de la perte des informations. Néanmoins quelques femmes ne se souvenaient pas de certaines informations.

Egalement les biais de subjectivité de notre étude pourraient distorde le sens de certaines mesures d'association.

✓ **Forces**

La taille de notre échantillon après calcul avec la formule de Schwartz était de 2661 femmes que nous avons majorée à 3013 femmes.

Cette étude transversale sur la reprise des rapports sexuels après accouchement a été réalisée en population avec une méthodologie adaptée (sondage en grappe à 3

degrés) et un échantillon largement représentatif de la population. Elle constitue la première étude sur la sexualité post partum au Bénin.

Cette étude s'est intéressée non seulement aux facteurs influençant la reprise de la sexualité mais également à la reprise précoce contrairement aux études dans la littérature qui abordent l'un ou l'autre.

Les facteurs de confusion potentiels ont été pris en compte à travers un modèle de régression logistique afin d'identifier l'effet indépendant des facteurs influençant la reprise.

Nous avons également réalisé une étude qualitative pour comprendre les motifs de reprise ou non des rapports sexuels après accouchement et leur implication afin de mieux orienter les professionnels de santé sur les informations à transmettre aux couples lors des consultations prénatales et post natales.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

Au terme de notre étude nous pouvons conclure que l'âge moyen des femmes interviewées était de 27,8 ± 05,9 ans et celui des hommes de 32,8 ± 06,7 ans. Le profil socio démographique des femmes et des hommes est conforme auxw données de l'EDS 2018. Les enquètées étaient des paucigestes et des paucipares dans près de la moitié des cas et avaient deux enfants vivants dans 68,1% des cas. Notre étude a révélé que plus d'un quart des femmes avaient repris les rapports sexuels dans les six mois suivant l'accouchement. Elle a également révélé une insuffisance de sensibilisation des femmes sur la reprise de la sexualité (aucune information reçue dans 75,6% des cas).

Beaucoup de ces femmes en post-partum ont repris les rapports sexuels sans utiliser de contraceptif. (9,5% de femmes ayant adopté une contraception)

Elles ont connu des morbidités sexuelles dans 29,1% des cas, en particulier chez celles qui ont eu un accouchement vaginal avec épisiotomie 52,38% et un accouchement avec extraction instrumentale 42,05%. Néanmoins peu de femmes 3,7% de notre milieu ont pu signaler ces difficultés aux agents de santé.

De nombreux facteurs tels que la profession et le niveau d'étude du conjoint, la gestité, la voie d'accouchement, le mode d'allaitement, la contraception, la fréquence des rapports sexuels avant et après la grossesse, les informations reçues sur la sexualité ont influencé la reprise des rapports sexuels dans les six mois post partum.

Ainsi l'entretien avec les couples sur la sexualité post-partum et la contraception devrait faire partie des soins prénataux et post-partum immédiats de routine afin de prévenir les grossesses non planifiées et de réduire la morbidité sexuelle après accouchement.

.

Suggestions

Les résultats auxquels nous sommes parvenus à la fin de cette enquête nous permettent de faire les suggestions suivantes :

❖ **A l'endroit de nous-mêmes**

Mettre les résultats de cette étude à la disposition des autorités sanitaires de notre pays, et des organismes du système des Nations-Unies (OMS et FNUAP)

❖ **A l'endroit des femmes et hommes enquêtés**

- La restitution des conclusions de ce travail
- Se soustraire des idées erronées concernant la reprise des rapports sexuels après accouchement à travers l'accès à l'information.
- Adopter une contraception dans le post partum
- Interroger les professionnels de santé sur leurs points d'ombre ayant rapport à la sexualité post partum.
- Signaler sans réticence aux professionnels de santé les différentes dysfonctions qu'elles auraient rencontrées.

❖ **A l'endroit du personnel de santé**

- Organiser des séances d'IEC (Information-Education-Communication) sur la sexualité post partum.
- Faire de la sexualité post partum l'un des éléments constitutifs des consultations prénatales et post natales.
- Informer et préparer les femmes sur le changement de leurs sexualités dans le postpartum.
- Sensibiliser les femmes sur la contraception post partum.
- Sensibiliser les hommes sur la complexité de l'adaptation de la femme suite aux modifications liées à la grossesse et l'accouchement.
- Exhorter les hommes à la compréhension et la patience vis-à-vis des femmes.

- Former le personnel de santé sur les indications et la technique de réalisation de l'épisiotomie et de l'accouchement instrumentalisé.

❖ **A l'endroit des autorités sanitaires et académiques de l'UAC**

Intégrer dans les programmes de formation, des modalités sur la sexualité pendant post partum

.

REFERENCES

[1] « 9789242514605-fre.pdf ». Consulté le: 21 juillet 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311413/9789242514605-fre.pdf?ua=1

[2] M. Banaei, S. Torkzahrani, G. Ozgoli, M. Azad, F. Mahmoudikohani, et A. Pormehr-Yabandeh, « Addressing the Sexual Function of Women During First Six Month After Delivery: Aquasi-Experimental Study », *Mater. Socio-Medica*, vol. 30, nº 2, p. 136‑140, juin 2018, doi: 10.5455/msm.2018.30.136-140.

[3] S. V. H, D. I, V. H, V. M, et K. Z, « Changes in Sex Life after Childbirth », *Psychiatr. Danub.*, vol. 31, nº Suppl 5, déc. 2019, Consulté le: 18 juillet 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32160182/

[4] M. Banaei, A. Moridi, et S. Dashti, « Sexual Dysfunction and its Associated Factors After Delivery: Longitudinal Study in Iranian Women », *Mater. Socio-Medica*, vol. 30, nº 3, p. 198‑203, oct. 2018, doi: 10.5455/msm.2018.30.198-203.

[5] C. M. Glazener, « Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition », *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 104, nº 3, p. 330‑335, mars 1997, doi: 10.1111/j.1471-0528.1997.tb11463.x.

[6] « Article medicale Tunisie, Article medicale Post-partum, Sexualité, Accouchement, Dysfonctions sexuelles ». https://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_3580_fr (consulté le 21 juillet 2021).

[7] P. Langrová et Y. Vrublová, « [The effect of mode of delivery on woman's sexuality] », *Ceska Gynekol.*, vol. 78, nº 6, p. 584‑588, déc. 2013.

[8] A. Faisal-Cury, P. R. Menezes, J. Quayle, A. Matijasevich, et S. G. Diniz, « The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth », *J. Sex. Med.*, vol. 12, nº 5, p. 1212‑1220, mai 2015, doi: 10.1111/jsm.12883.

[9] M. A. Shirvani, M. B. Nesami, et M. Bavand, « Maternal sexuality after child birth among Iranian women », *Pak. J. Biol. Sci. PJBS*, vol. 13, nº 8, p. 385‑389, avr. 2010, doi: 10.3923/pjbs.2010.385.389.

[10] Y. Pujols, B. N. Seal, et C. M. Meston, « The association between sexual satisfaction and body image in women », *J. Sex. Med.*, vol. 7, nº 2 Pt 2, p. 905‑916, févr. 2010, doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x.

[11] C. K. Imo, E. Okoronkwo, V. Ukoji, et C. Mbah, « Postpartum Sexual Abstinence and its Implications for Under-Five Health Outcome among Childbearing Women in South-east Nigeria », *Afr. J. Reprod. Health*, vol. 22, nº 4, p. 102‑112, déc. 2018, doi: 10.29063/ajrh2018/v22i4.11.

[12] « OMS | Communication brève relative à la sexualité (CBS) », *WHO*. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/fr/ (consulté le 25 juillet 2021).

[13] C. de Pierrepont, V. Polomeno, L. Bouchard, et E. Reissing, « [What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatality - part 1] », *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*, vol. 45, nº 8, p. 796‑808, oct. 2016, doi: 10.1016/j.jgyn.2016.06.003.

[14] World Health Organization, « Sexual and reproductive health core competencies in primary care: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision », World Health Organization, 2011. Consulté le: 25 juillet 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44507

[15] *Le petit Larousse illustré - 2013 - Collectif Larousse - Librairie Eyrolles*. Consulté le: 22 février 2022. [En ligne]. Disponible sur: https://www.eyrolles.com/Loisirs/Livre/le-petit-larousse-illustre-2013-9782035867254/

[16] « Dictionnaire de médecine Flammarion (8e édition) », *Sauramps Medical*. https://www.livres-medicaux.com/etudiants-medecine/2253-dictionnaire-de-medecine-flammarion-8e-edition.html (consulté le 22 février 2022).

[17] « Définitions : facteur - Dictionnaire de français Larousse ». https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/facteur/32600 (consulté le 20 avril 2022).

[18] « OMS | Pour que l'accouchement soit une expérience positive, il est essentiel d'apporter des soins individualisés », *WHO*. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/fr/ (consulté le 21 avril 2022).

[19] « cours.pdf ». Consulté le: 26 juillet 2021. [En ligne]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item40/site/html/cours.pdf

[20] « Anatomie et physiologie de la sexualité », 25 juin 2020. https://www.urofrance.org/base-bibliographique/anatomie-et-physiologie-de-la-sexualite-0 (consulté le 26 juillet 2021).

[21] « Anatomie et physiologie de la sexualité », 24 janvier 2019. https://www.urofrance.org/base-bibliographique/anatomie-et-physiologie-de-la-sexualite (consulté le 26 juillet 2021).

[22] S. Dubray, « Étude des sensations physiques et physiologiques associées à l'orgasme chez l'homme et la femme sans difficulté avec cette phase de leur réponse sexuelle », p. 214.

[23] « Conséquences sexuelles de la chirurgie du prolapsus », 25 juin 2020. https://www.urofrance.org/base-bibliographique/consequences-sexuelles-de-la-chirurgie-du-prolapsus (consulté le 26 juillet 2021).

[24] M. S. Carmichael, R. Humbert, J. Dixen, G. Palmisano, W. Greenleaf, et J. M. Davidson, « Plasma oxytocin increases in the human sexual response », *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, vol. 64, nº 1, p. 27‑31, janv. 1987, doi: 10.1210/jcem-64-1-27.

[25] T. H. C. Krüger *et al.*, « Effects of acute prolactin manipulation on sexual drive and function in males », *J. Endocrinol.*, vol. 179, nº 3, p. 357‑365, déc. 2003, doi: 10.1677/joe.0.1790357.

[26] L. I. Lipshultz, A. W. Pastuszak, A. T. Goldstein, A. Giraldi, et M. A. Perelman, Éd., *Prise en charge de la dysfonction sexuelle chez les hommes et les femmes, Texte d'origine: Une approche interdisciplinaire*. New York: Springer-Verlag, 2016. doi: 10.1007/978-1-4939-3100-2.

[27] M. R. Melis et A. Argiolas, « Dopamine and sexual behavior », *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 19, nº 1, p. 19‑38, 1995, doi: 10.1016/0149-7634(94)00020-2.

[28] C. M. Meston et P. F. Frohlich, « The neurobiology of sexual function », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 57, nº 11, p. 1012‑1030, nov. 2000, doi: 10.1001/archpsyc.57.11.1012.

[29] E. Masson, « Antipsychotiques atypiques et dysfonction sexuelle : à propos de cinq cas associés à la rispéridone », *EM-Consulte*. https://www.em-

consulte.com/article/83404/antipsychotiques-atypiques-et-dysfonction-sexuelle (consulté le 26 juillet 2021).

[30] J. Buvat, « Neurotransmetteurs cérébraux et contrôle du comportement sexuel masculin », *Andrologie*, vol. 6, nº 2, Art. nº 2, juin 1996, doi: 10.1007/BF03034448.

[31] T. H. C. Krüger, P. Haake, U. Hartmann, M. Schedlowski, et M. S. Exton, « Orgasm-induced prolactin secretion: feedback control of sexual drive? », *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 26, nº 1, p. 31‑44, janv. 2002, doi: 10.1016/s0149-7634(01)00036-7.

[32] R. F. Spark, « Dehydroepiandrosterone: a springboard hormone for female sexuality », *Fertil. Steril.*, vol. 77 Suppl 4, p. S19-25, avr. 2002, doi: 10.1016/s0015-0282(02)02987-4.

[33] K. von Sydow, « Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies », *J. Psychosom. Res.*, vol. 47, nº 1, p. 27‑49, juill. 1999, doi: 10.1016/s0022-3999(98)00106-8.

[34] J. Narboni, « Déterminants de la sexualité en post partum : Reprise des rapports sexuels et plaisir en post partum », p. 70.

[35] C. de Pierrepont, V. Polomeno, L. Bouchard, et E. Reissing, « Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – partie 1 », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 45, nº 8, p. 796‑808, oct. 2016, doi: 10.1016/j.jgyn.2016.06.003.

[36] L. B. Signorello, B. L. Harlow, A. K. Chekos, et J. T. Repke, « Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women », *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 184, nº 5, p. 881‑888; discussion 888-890, avr. 2001, doi: 10.1067/mob.2001.113855.

[37] « BUMED_MESF_2012_JALABERT_AMELIE.pdf ». Consulté le: 1 août 2021. [En ligne]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2012_JALABERT_AMELIE.pdf

[38] INSAE-Rédaction, « Population ». https://insae.bj/statistiques/indicateurs-recents/43-population (consulté le 10 janvier 2022).

[39] « Mortalite.pdf ». Consulté le: 6 février 2022. [En ligne]. Disponible sur: https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/demographiques/mortalite/Mortalite.pdf

[40] B. D. Mekonnen, « Factors associated with early resumption of sexual intercourse among women during extended postpartum period in Northwest Ethiopia: a cross sectional study », *Contracept. Reprod. Med.*, vol. 5, p. 19, nov. 2020, doi: 10.1186/s40834-020-00124-7.

[41] K. P. Kouakou, Y. Doumbia, L. E. Djanhan, M. M. Menin, et Y. Djanhan, « [Post-partum sexuality. Living in black African couple analysis] », *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*, vol. 44, nº 3, p. 280‑285, mars 2015, doi: 10.1016/j.jgyn.2014.01.001.

[42] B. Adedokun, R. A. Abdus-Salam, T. Babawarun, I. Morhason-Bello, et O. Ojengbede, « Resumption of Sexual Intercourse and Family Planning use Among Postpartum Women Attending Infant Welfare Clinics in Ibadan, Southwest Nigeria - A Cross-Sectional Study », *Niger. J. Clin. Pract.*, vol. 23, nº 12, p. 1648‑1655, déc. 2020, doi: 10.4103/njcp.njcp_76_20.

[43] L. M. Yee, A. J. Kaimal, S. Nakagawa, K. Houston, et M. Kuppermann, « Predictors of Postpartum Sexual Activity and Function in a Diverse Population of Women », *J. Midwifery Womens Health*, vol. 58, nº 6, p. 654‑661, 2013, doi: 10.1111/jmwh.12068.

[44] M. R. Borda, W. Winfrey, et C. McKaig, « Return to sexual activity and modern family planning use in the extended postpartum period: an analysis of findings from seventeen countries », *Afr. J. Reprod. Health*, vol. 14, nº 4 Spec no., p. 72‑79, déc. 2010.

[45] Z. Shabangu et S. Madiba, « The Role of Culture in Maintaining Post-Partum Sexual Abstinence of Swazi Women », *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, vol. 16, nº 14, p. 2590, juill. 2019, doi: 10.3390/ijerph16142590.

[46] E. Odar, J. Wandabwa, et P. Kiondo, « Sexual practices of women within six months of childbirth in Mulago hospital, Uganda », *Afr. Health Sci.*, vol. 3, nº 3, p. 117‑123, déc. 2003.

[47] A. Desgrées du Loû et H. Brou, « Resumption of Sexual Relations Following Childbirth: Norms, Practices and Reproductive Health Issues in Abidjan, C??te d'Ivoire », *Reprod. Health Matters*, vol. 13, p. 155‑63, juin 2005, doi: 10.1016/S0968-8080(05)25167-4.

[48] A. Anzaku et S. Mikah, « Postpartum Resumption of Sexual Activity, Sexual Morbidity and Use of Modern Contraceptives Among Nigerian Women in Jos », *Ann. Med. Health Sci. Res.*, vol. 4, nº 2, p. 210‑216, 2014, doi: 10.4103/2141-9248.129044.

[49] N. Rezaei, A. Azadi, K. Sayehmiri, et R. Valizadeh, « Postpartum Sexual Functioning and Its Predicting Factors among Iranian Women », *Malays. J. Med. Sci. MJMS*, vol. 24, nº 1, p. 94‑103, févr. 2017, doi: 10.21315/mjms2017.24.1.10.

[50] « 1.Benin_EDSBV_Rapport_final.pdf ». Consulté le: 25 février 2022. [En ligne]. Disponible sur: https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin_EDSBV_Rapport_final.pdf

[51] D. Lawson et M. A. Gibson, « Polygynous marriage and child health in sub-Saharan Africa: What is the evidence for harm? », *Demogr. Res.*, vol. 39, p. 177‑208, juill. 2018, doi: 10.4054/DemRes.2018.39.6.

[52] J. Fenske, « African polygamy: Past and present », *J. Dev. Econ.*, vol. 117, p. 58‑73, nov. 2015, doi: 10.1016/j.jdeveco.2015.06.005.

[53] F. Tesfay, E. Kassa, et A. Gedefaw, « RESUMPTION OF POSTPARTUM SEXUAL INTERCOURSE AND USE OF MODERN CONTRACEPTIVE AMONG IN-UNION WOMEN IN ADDIS ABABA: CROSS SECTIONAL STUDY », févr. 2018.

[54] K. M. Owonikoko, A. G. Adeoye, A. M. Tijani, et A. O. Adeniji, « Determinants of resumption of vaginal intercourse in puerperium period in Ogbomoso: consideration for early use of contraceptives », *Int. J. Reprod. Contracept. Obstet. Gynecol.*, vol. 3, nº 4, p. 1061‑1066, févr. 2017.

[55] B. Susu, A. B. Ransjö-Arvidson, K. Chintu, K. Sundström, et K. Christensson, « Family planning practices before and after childbirth in Lusaka, Zambia », *East Afr. Med. J.*, vol. 73, nº 11, p. 708‑713, nov. 1996.

[56] E. T. Jambola, A. A. Gelagay, A. K. Belew, et A. A. Abajobir, « Early Resumption of Sexual Intercourse and Its Associated Factors Among Postpartum Women in Western Ethiopia: A Cross-Sectional Study », *Int. J. Womens Health*, vol. Volume 12, p. 381‑391, mai 2020, doi: 10.2147/IJWH.S231859.

[57] I. U. Ezebialu et A. C. Eke, « Resumption of vaginal intercourse in the early postpartum period: Determinants and considerations for child spacing in a Nigerian population », *J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 32, nº 4, p. 353‑356, mai 2012, doi: 10.3109/01443615.2011.652701.

[58] A. C. Alum, I. B. Kizza, C. P. Osingada, G. Katende, et D. K. Kaye, « Factors associated with early resumption of sexual intercourse among

postnatal women in Uganda », *Reprod. Health*, vol. 12, nº 1, p. 107, déc. 2015, doi: 10.1186/s12978-015-0089-5.

[59] A. Desgrées-du-Loû et H. Brou, « Resumption of Sexual Relations Following Childbirth: Norms, Practices and Reproductive Health Issues in Abidjan, Côte d'Ivoire », *Reprod. Health Matters*, vol. 13, nº 25, p. 155‑163, janv. 2005, doi: 10.1016/S0968-8080(05)25167-4.

[60] A. F. Fagbamigbe, I. E. Awoyelu, O. L. Akinwale, T. Y. Akinwande, B. K. Enitilo, et O. Bankole, « Factors contributing to the duration of postpartum abstinence among Nigerian women: semi-parametric survival analysis », *Heliyon*, vol. 4, nº 12, p. e01032, déc. 2018, doi: 10.1016/j.heliyon.2018.e01032.

[61] W. Woranitat et S. Taneepanichskul, « Sexual function during the postpartum period », *J. Med. Assoc. Thail. Chotmaihet Thangphaet*, vol. 90, nº 9, p. 1744‑1748, sept. 2007.

[62] S. Lurie *et al.*, « Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study », *Arch. Gynecol. Obstet.*, vol. 288, nº 4, p. 785‑792, oct. 2013, doi: 10.1007/s00404-013-2846-4.

[63] Z. Iliyasu, H. S. Galadanci, K. M. Danlami, H. M. Salihu, et M. H. Aliyu, « Correlates of Postpartum Sexual Activity and Contraceptive Use in Kano, Northern Nigeria », *Afr. J. Reprod. Health*, vol. 22, nº 1, p. 103‑112, mars 2018, doi: 10.29063/ajrh2018/v22i1.10.

[64] I. Kahramanoglu, M. Baktiroglu, K. Hamzaoglu, O. Kahramanoglu, F. F. Verit, et O. Yucel, « The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study », *Arch. Gynecol. Obstet.*, vol. 295, nº 4, p. 907‑916, avr. 2017, doi: 10.1007/s00404-017-4299-7.

[65] A. I. Adanikin, J. O. Awoleke, A. Adeyiolu, O. Alao, et P. O. Adanikin, « Resumption of intercourse after childbirth in southwest Nigeria », *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care Off. J. Eur. Soc. Contracept.*, vol. 20, nº 4, p. 241‑248, 2015, doi: 10.3109/13625187.2014.971742.

[66] M. Rowland, L. Foxcroft, W. M. Hopman, et R. Patel, « Breastfeeding and sexuality immediately post partum », *Can. Fam. Physician*, vol. 51, nº 10, p. 1367, oct. 2005.

[67] K. D. Mickelson et J. A. Joseph, « Postpartum body satisfaction and intimacy in first-time parents », *Sex Roles J. Res.*, vol. 67, nº 5‑6, p. 300‑310, 2012, doi: 10.1007/s11199-012-0192-9.

[68] H. Woolhouse, E. McDonald, et S. Brown, « Women's Experiences of Sex and Intimacy After Childbirth: Making the Adjustment to Motherhood », *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, vol. 33, nº 4, p. 185‑190, déc. 2012, doi: 10.3109/0167482X.2012.720314.

[69] L. Pardell-Dominguez *et al.*, « The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 21, nº 1, p. 92, janv. 2021, doi: 10.1186/s12884-021-03578-y.

[70] M. O. Osinde, D. K. Kaye, et O. Kakaire, « Influence of HIV infection on women's resumption of sexual intercourse and use of contraception in the postpartum period in rural Uganda », *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.*, vol. 116, nº 2, p. 171‑172, févr. 2012, doi: 10.1016/j.ijgo.2011.09.018.

[71] M. Radziah *et al.*, « Early resumption of sexual intercourse and its determinants among postpartum Iban mothers », *Int. J. Reprod. Contracept. Obstet. Gynecol.*, vol. 2, nº 2, p. 124‑129, déc. 2016.

[72] G. Barbara *et al.*, « Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs. Cesarean Section », *J. Sex. Med.*, vol. 13, nº 3, p. 393‑401, mars 2016, doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.004.

[73] H. Brtnicka, P. Weiss, et J. Zverina, « Human sexuality during pregnancy and the postpartum period », *Bratisl. Lek. Listy*, vol. 110, nº 7, p. 427‑431, 2009.

[74] M. Rowland, L. Foxcroft, W. M. Hopman, et R. Patel, « Breastfeeding and sexuality immediately post partum », *Can. Fam. Physician*, vol. 51, nº 10, p. 1367, oct. 2005.

[75] L. M. Matthies, M. Wallwiener, C. Sohn, C. Reck, M. Müller, et S. Wallwiener, « The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function », *Arch. Gynecol. Obstet.*, vol. 299, nº 1, p. 69‑77, janv. 2019, doi: 10.1007/s00404-018-4925-z.

[76] D. O'Malley, A. Higgins, C. Begley, D. Daly, et V. Smith, « Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study) », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 18, p. 196, mai 2018, doi: 10.1186/s12884-018-1838-6.

[77] L. M. Leeman et R. G. Rogers, « Sex after childbirth: postpartum sexual function », *Obstet. Gynecol.*, vol. 119, nº 3, p. 647‑655, mars 2012, doi: 10.1097/AOG.0b013e3182479611.

[78] G. Barrett, E. Pendry, J. Peacock, C. Victor, R. Thakar, et I. Manyonda, « Women's sexual health after childbirth », *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 107, nº 2, p. 186‑195, févr. 2000, doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x.

[79] F. Collier et F. Cour, « En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle ? », *Prog. En Urol.*, vol. 23, nº 9, p. 612‑620, juill. 2013, doi: 10.1016/j.purol.2012.09.018.

[80] S. Currie, « Soins postnatals de la mère et du nouveau-né », p. 8, 2013.

[81] L. Aribi, A. Ben Houidi, R. Masmoudi, K. Chaabane, M. Guermazi, et O. Amami, « Female sexuality during pregnancy and postpartum: A study of 80 Tunisian women », *Tunis. Médicale*, vol. 90, p. 873‑7, déc. 2012.

[82] H. Yıldız, « The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study », *J. Sex Marital Ther.*, vol. 41, nº 1, p. 49‑59, 2015, doi: 10.1080/0092623X.2013.811452.

[83] C. Zhuang, T. Li, et L. Li, « Resumption of sexual intercourse post partum and the utilisation of contraceptive methods in China: a cross-sectional study », *BMJ Open*, vol. 9, nº 3, p. e026132, mars 2019, doi: 10.1136/bmjopen-2018-026132.

[84] L. B. Signorello, B. L. Harlow, A. K. Chekos, et J. T. Repke, « Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women », *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 184, nº 5, p. 881‑890, avr. 2001, doi: 10.1067/mob.2001.113855.

[85] C. de Pierrepont, V. Polomeno, L. Bouchard, et E. Reissing, « Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 2 », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 45, nº 8, p. 809‑820, oct. 2016, doi: 10.1016/j.jgyn.2015.11.001.

[86] G. Reuben Mahiti, C. K. Mbekenga, A. Dennis Kiwara, A.-K. Hurtig, et I. Goicolea, « Perceptions about the cultural practices of male partners during postpartum care in rural Tanzania: a qualitative study », *Glob. Health Action*, vol. 10, nº 1, p. 1361184, 2017, doi: 10.1080/16549716.2017.1361184.

[87] C. K. Mbekenga, K. Christensson, H. I. Lugina, et P. Olsson, « Joy, struggle and support: postpartum experiences of first-time mothers in a

Tanzanian suburb », *Women Birth J. Aust. Coll. Midwives*, vol. 24, nº 1, p. 24‑31, mars 2011, doi: 10.1016/j.wombi.2010.06.004.

[88] J. E. Handelzalts, S. Levy, Y. Peled, L. Yadid, et G. Goldzweig, « Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality », *Arch. Gynecol. Obstet.*, vol. 297, nº 4, p. 927‑932, avr. 2018, doi: 10.1007/s00404-018-4693-9.

[89] J. E. Handelzalts, S. Levy, Y. Peled, L. Yadid, et G. Goldzweig, « Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality », *Arch. Gynecol. Obstet.*, vol. 297, nº 4, p. 927‑932, avr. 2018, doi: 10.1007/s00404-018-4693-9.

[90] E. Ö. Acele et Z. Karaçam, « Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions », *J. Clin. Nurs.*, vol. 21, nº 7‑8, p. 929‑937, avr. 2012, doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x.

[91] T. Kabakian-Khasholian, A. Ataya, R. Shayboub, et F. El-Kak, « Mode of delivery and pain during intercourse in the postpartum period: findings from a developing country », *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives*, vol. 6, nº 1, p. 44‑47, mars 2015, doi: 10.1016/j.srhc.2014.09.007.

[92] E. A. McDonald et S. J. Brown, « Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? », *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 120, nº 7, p. 823‑830, juin 2013, doi: 10.1111/1471-0528.12166.

ANNEXES

FICHE DE COLLECTE

Quartier de l'enquête……

I. Caractéristiques sociodémographiques et culturelles

Q1- Age :

Q2- Profession :

1. Haute fonctionnaire (cadre de l'administration publique) 2. Autres fonctionnaires…… 3. Vendeuse/Commerçante 4. Artisane/ouvrière/paysanne 5. Ménagère 6. Elève/ Etudiante 7. Retraitée 8. Autre, Préciser ……

Q3- Niveau d'étude :

1.Non scolarisée 2. Primaire 3. Secondaire 4. Universitaire

Q4- Religion :

1. Catholique 2.Autres religions chrétiennes…… 3. Musulmane 4. Endogène 5. Athée 6. Autres

Q5- Ethnie :

1. Fon et apparentés (Mahi, Aizo) 2.Goun et apparentés (Toffin, wémè) 3.Yoruba et apparentés (Nago, Idaasha, Chabè) 4.Mina et apparentés (Adja, Kotafon, Pedah, Xwla, Sahouè, ouatchi) 5. Dendi ; 6. Peulh 7. Bariba 8. Otamari/Yom/Berba/Waama/Lokpa ; 7. Autres, Préciser :……

II. VIE CONJUGALE

Q6- Information sur le conjoint

1. Age du conjoint : **2.Profession** : a. Haut fonctionnaire (cadre de l'administration publique) b.Autres fonctionnaires…… c. Vendeur/Commerçant d. Artisan/ouvrier/paysan e. Elève/ Etudiant f. Retraité g.Sans emploi h. Autre, Préciser ……

3.Niveau d'étude : a.Non scolarisé b. Primaire c. Secondaire d. Universitaire

Q7- Type d'union :

Statut Matrimonial :

1- Célibataire 2.Union libre 3.Mariage civil 4.Mariage traditionnel 5.Mariage religieux 6. Durée de l'union (en année) :

Régime matrimonial :

1-Monogamique 2- Polygamique

Q8- Dans le post-partum :

1- Même lit avec le conjoint 2- Lit/chambre séparée 3- Changement provisoire de résidence de la femme

Si 2 ou 3, pourquoi ?

.....

III. Antécédents

III.1- Gynéco-obstétricaux

Q9- Gestité:

Q10- Parité :

Q11- Nombre d'enfants vivants :

Q12- Age du dernier enfant (42 jours à 6mois) :

Q13- Autre antécédent particulier :

III.2 Caractéristiques de la dernière grossesse :

Q14- Grossesse :

1- Non Suivie : 2- Suivie :

Si suivie qualification du prestataire

1 : Sage-femme 2 : Gynécologue obstétricien 3 : Médecin généraliste

4 : Infirmier de maternité

Q15- Evolution de la grossesse :

1- Normale 2- Complications :

Si complications, lesquelles :

MAP/ MAT oui=1 non=2

Rupture prématurée des membranes oui=1 non=2

HTA sur grossesse oui=1 non=2

Pré éclampsie oui=1 non=2

Eclampsie oui=1 non=2

Diabète sur grossesse oui=1 non=2

Placenta praevia oui=1 non=2

Macrosomie oui= 1 non=2

Retard de croissance intra utérine oui=1 non=2

Autres(précisez)……

III.3 Caractéristiques de l'accouchement

Q16- Date de l'accouchement :

Q17- Terme à l'accouchement :

Q18- Voie d'accouchement :

1-Voie basse normale

2-Voie basse « instrumentale » (forceps, ventouse)

3-Césarienne programmée, préciser l'indication…….

4-Césarienne en urgence (au cours du travail), préciser l'indication…….

5-Episiotomie

Q19- Etat du nouveau-né à la naissance : 1-Vivant 2- Décédé

Poids du nouveau-né : 1- Normal 2-Hypotrophie

Le nouveau né a-t-il séjourné en néonatologie? : 1-Oui 2- Non

Si oui,durée d'hospitalisation :

Q20- Complications maternelles de l'accouchement :

1-Hémorragie du post partum immediat

2-Eclampsie du post partum

3-HELLP Syndrome

4-Autres

Q21- Durée d'hospitalisation après l'accouchement

1-Inférieur 24 heures

2-Un jour à 7 jours

3-Plus de 7 jours

Q22- Quel souvenir gardez-vous de l'accouchement : 1-Excellent 2-Tres Bon 3-Bon 4-Moyen 5-Mauvais

IV. Post partum

Q23- Etat actuel du nouveau-né : 1- Vivant en bonne santé apparente ; 2-Vivant mais santé fragile 3-Décédé après la sortie de la maternité(Age en jours ou semaines)

Q24- Mode d'allaitement : 1- Maternel 2- Artificiel 3-Mixte

Q25- Continuez-vous à allaiter après la reprise des rapports sexuels ?

1-Oui 2-Non

Si non, pourquoi ?.....

Q26- Avez-vous utilisé une méthode de contraception dans le post partum :

1-Oui 2-Non

Q27- Quelle est votre méthode de contraception dans le post partum :

1-Aucune 2-Pilule 3-Stérilet 4-Préservatif

5-Implant 6-Coit interrompu 7-MAMA

Q28-La contraception a-t-elle débuté avant la reprise des rapports sexuels ?

1-Oui 2-Non

Q29- Depuis l'accouchement comment vous sentez vous ?

1-Bien(aucun problème de santé)

2-Fatiguée

3-Modifications corporelles dérangeantes ? si oui préciser

4-Autre ……

Q30- Où dort votre enfant ?

1-Dans votre lit 2-Dans un berceau

Q31-La naissance de votre enfant a-t-elle changé votre rythme de vie (durée de sommeil, heure des repas) ?

1-Oui 2-Non

V. Reprise des rapports sexuels

Informations

Q32- Avez-vous reçu des informations sur la reprise des rapports sexuels pendant la grossesse et après l'accouchement : 1-Oui 2-Non

Si oui (plusieurs réponses possibles):

1-Pendant les consultations prénatales

2-Pendant les consultations postnatales

3-Dans les médias

4-Par un proche

Q33- Etes-vous satisfaite de l'information donnée à ce sujet ?

1-Oui 2-Non

Q34- Auriez- vous souhaité recevoir plus d'informations de la part des professionnels de santé ?

1-Oui 2-Non

Q35- A l'occasion des différentes consultations après l'accouchement, vous a-t-on et/ou avez-vous pu parler de la reprise des rapports sexuels ?

1-Oui 2-Non

Q36-Selon vous une information quant à la reprise de la sexualité devrait-elle être proposée lors de la prise en charge d'une grossesse par les professionnels de santé ?

1-Oui 2-Non

Q37-Avez-vous recherché une information supplémentaire sur la reprise des rapports sexuels ?

Source (internet, proche, journaux …) :

1-Oui 2-Non

Q38-Vous êtes de quelle région du Bénin? :

Q39-Avez-vous reçu des informations de votre culture ou votre famille concernant la sexualité du post partum?

1-Oui 2-Non

Si oui lesquelles :

……

……

Q40-Les avez-vous respectées?

1-Oui 2-Non

Q41-Avez-vous repris les rapports sexuels ?

1-Oui 2-Non

Si Non, pensez-vous connaitre la ou les cause(s) ?

a-Pas de désir

b-Peur d'avoir mal

c-Autres

Si Oui, sur initiative de qui ?

d-Conjoint e- Femme f-Les deux

Q42-Etiez-vous consentante quand l'initiative venait du conjoint ?

1-Oui 2-Non

Si non, la reprise a-t-elle été imposée avec violence ?

a-Oui b-Non

Si refus catégorique, cela a-t-il eu un impact sur le couple ?

c-Non

d-Infidélité

e-Divorce

f-Chantage

g-Autre : ……..

Q43-Le premier rapport sexuel est-il survenu avant le 42ej des suites de couches ?

1-Oui 2-Non

Q44- Combien de temps s'est écoulé entre l'accouchement et la reprise des rapports sexuels ?

Préciser ……..

Q45- Avez-vous repris les rapports sexuels avant ou après le retour des couches ?

1-Avant

2-Après

3-Ne se souvient pas

Q46- Est-ce que les rapports sexuels suivants sont survenus de façon régulière et fréquente depuis la reprise ?

1-Oui 2-Non

Si non pourquoi ? ……

Q47-Quel était le motif de la reprise des rapports sexuels ?

1-Pour mon plaisir personnel

2-Pour satisfaire mon partenaire

3-Pour éviter l'infidélité de mon partenaire

4-Pour maintenir l'harmonie du couple

5-Pour un désir de maternité au cas où il y aurait eu décès

6-Autre……

Q48-Gardez-vous une mauvaise expérience de la reprise des rapports sexuels lors de vos expériences précédentes ?

1-Oui 2-Non

Si Non pourquoi :……

Q49- Par rapport aux expériences précédentes, l'envie de reprendre les rapports sexuels était :

1-Plus précoce

2-Au même moment

3-Plus tardive

Q50- Par rapport à la dernière fois vous avez accouché, avez-vous repris les rapports sexuels :

1-Plus tôt

2-Au même moment

3-Plus tardivement

Q51- Quelle est actuellement la fréquence moyenne des rapports sexuels par mois ?

Q52-Quelle était la fréquence moyenne des rapports sexuels par mois avant la grossesse

Q53-Quelle était la fréquence moyenne des rapports sexuels par mois durant la grossesse

Q54-La fréquence actuelle des rapports sexuels est-elle la même qu'avant l'accouchement ?

1-Oui 2-Non (préciser le nombre avant l'accouchement)

Si non, pourquoi ?

……

……..

Q55- Avez-vous utilisé des alternatives(s) a la pénétration vaginale afin d'adapter votre sexualité ?

1-Oui 2-Non

Si oui a- Masturbation

b- Utilisation d'accessoires érotiques

c- Augmentations des caresses intimes

d- Sodomie

Q56-Quel est votre type de rapport sexuel actuel :

1-Sexe oral

2-Coït vaginal

3-Coït anal

4-Masturbation

Q57-Quelle a été votre perception du 1er rapport sexuel après l'accouchement ?

1-Très satisfaite

2-Satisfaite

3-Peu satisfaite

4-Insatisfaite

Q58- Quelle est votre perception de la satisfaction sexuelle actuelle :

1-Très satisfaite

2-Satisfaite

3-Peu satisfaite

4-Insatisfaite

Q59- Avez-vous éprouvé des difficultés à la reprise des rapports sexuels ?

1-Oui 2-Non

Si oui, lesquelles :

a-Douleur

b-Sècheresse vaginale

c-Inconfort

d-Autre……

Q60- Quelle(s) étai(en)t la/les position(s) sexuelles la/les plus fréquente(s) que vous avez adopté lors de la reprise de la pénétration vaginale?

1-Missionnaire (vous sur le dos et votre partenaire sur vous)

2-Andromaque (votre partenaire sur le dos et vous sur lui)

3-Position vaginale postérieure (votre partenaire derrière vous)

4-Position latérale (vous êtes allongés sur le côté, cuillère etc.)

5-Autre ……..

Q61- La/lesquelles ont été difficile(s) pour vous? ……..

Pourquoi?

Q62- Avez-vous déjà consulté pour un problème en rapport avec la reprise des rapports sexuels?

1-Oui 2-Non

Si oui, de quoi a-t-il s'agit ?.....
.

Q63-Avez-vous déjà consulté pour un problème en rapport avec le déroulement des rapports sexuels ?

1-Oui 2-Non

Si oui, de quoi a-t-il s'agit ?.....
.

TABLES DES MATIERES

DEDICACES ---------- XIII
REMERCIEMENTS ---------- XIX
HOMMAGES ---------- XXI
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ---------- XXIV
INTRODUCTION ---------- 40
I. GENERALITES ---------- 43
1.1. Définitions ---------- 44
1.2. Rappels ---------- 46
1.2.1. Rappels anatomiques ---------- 46
1.2.1.1. La vulve ---------- 46
1.2.1.1.1. ---------- **Configuration externe** 46
1.2.1.1.2. ---------- **Vascularisation :** 50
1.2.1.1.3. ---------- **Innervation :** 51
1.2.1.2. Le vagin : ---------- 53
1.2.1.2.1. ---------- **Situation** 53
1.2.1.2.2. ---------- **Configuration interne** 54
1.2.1.2.3. ---------- **Moyens de fixité :** 55
1.2.1.2.4. ---------- **Rapports** 56
1.2.1.2.5. ---------- **Vascularisation** 57
1.2.1.2.6. ---------- **Innervation** 58
1.2.1.3. Le sein ---------- 58
1.2.1.3.1. ---------- **Configuration** 59

1.2.1.3.2. ---------- **Moyens de fixité** 60

1.2.1.3.3. ---------- **Rapport musculo-facial** 60

1.2.1.3.4. ---------- **Structure** 60

1.2.1.3.5. ---------- **Vascularisation** 62

1.2.2. Rappels physiologiques ---------- 64

1.2.2.1. Physiologie du rapport sexuel normal : ---------- 64

1.2.2.1.1. ---------- **La réponse sexuelle féminine** 65

1.2.2.1.2. ---------- **Modulateurs de la réponse sexuelle féminine** 70

1.2.2.1.3. ---------- **Particularités de la sexualité après l'accouchement** 75

1.2.2.2. Physiologie du post partum ---------- 76

1.2.2.2.1. ---------- **L'Utérus** 76

1.2.2.2.2. ---------- **Les voies génitales basses** 77

1.2.2.2.3. ---------- **Les glandes mammaires** 77

1.2.2.2.4. ---------- **Les fonctions urinaires et digestives** 78

1.2.2.2.5. ---------- **L'état psychique** 79

1.2.2.2.6. ---------- **Les variations hormonales** 79

1.2.2.2.7. ---------- **Les variations biologiques** 80

1.2.2.2.8. ---------- **Autres modifications** 80

1.2.2.3. Différents points de vue autour de la sexualité en post partum 81

1.2.2.3.1.----------Point de vue anthropologique 81

1.2.2.3.1.1. ----------Tribu asiatique : 81

1.2.2.3.1.2. ----------Tribu africaine 81

1.2.2.3.1.3. ---------- Tribu océanique 81

1.2.2.3.2.----------Positions de trois religions monothéistes 82

1.2.2.3.2.1. ---------- Le christianisme 82

1.2.2.3.2.2. ----------L'islam : 83

II. CADRE ET METHODE D'ETUDE ---------- 84

2.1. Cadre d'étude---------- 85

2.1.1. Aperçu général de la république du Bénin ---------- 85

2.2. Méthode d'étude ---------- 88

2.2.1. Type d'étude et période d'étude ---------- 88

2.2.2. Population d'étude---------- 88

2.2.3. Critères d'éligibilité ---------- 88

2.2.4. Echantillonnage---------- 89

2.2.5. Variables de l'étude ---------- 92

2.2.6. Analyse des données ---------- 94

Les analyses statistiques ont été réalisé avec le logiciel Epi info version7.2.2.6 ; une p value<5% était considérée comme significative ---- 94

2.2.7. Considérations éthiques---------- 94

2.2.8. Difficultés rencontrées ---------- 95

III. RESULTATS---------- 96

3.1. Caractéristiques socio démographiques des femmes et de leurs conjoints ---------- 97

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes ---------- 97

3.1.1.1. Age des femmes ---------- 97

3.1.1.2. Profession/occupation, niveau d'instruction, statut/régime matrimonial, ethnie des femmes---------- 98

3.1.2. Caractéristiques socio démographiques des conjoints ---------- 99

3.1.2.1. Age des conjoints ---------- 99

3.1.2.2. Profession/occupation, niveau d'instruction ---------- 100

3.1.3. Durée de l'union ---------- 101

3.2. Données relatives aux antécédents, aux caractéristiques de la dernière grossesse et à l'accouchement ---------- 102

3.2.1. Antécédents obstétricaux ---------- 102

3.2.2. Caractéristiques de la dernière grossesse ---------- 104

3.2.3. Données relatives à l'accouchement ---------- 105

3.3. Données relatives au post-partum ---------- 106

3.4. Facteurs influençant la reprise de la sexualité après accouchement 108

3.4.1. Délai de reprise ---------- 108

3.4.2. Facteurs sociodémographiques et reprise des rapports sexuels---- 109

3.4.2.1. Chez les enquêtées---------- 109

3.4.2.2. Chez les conjoints---------- 111

3.4.2.3. Durée de l'union ---------- 112

3.4.3. Antécédents obstétricaux et reprise des rapports sexuels après accouchement---------- 113

3.4.4. Caractéristiques de la dernière grossesse et reprise des rapports sexuels après accouchement ---------- 114

3.4.5. Caractéristiques de l'accouchement et reprise des rapports sexuels après accouchement---------- 115

3.4.6. Post partum et reprise des rapports sexuels après accouchement - 116

3.4.7. Informations reçues sur la sexualité et reprise des rapports sexuels après accouchement---------- 118

3.4.8. Etat de la mère après accouchement et reprise des rapports sexuels 120

3.4.9. Fréquence des rapports sexuels antérieurs et reprise de la sexualité après accouchement---------- 121
3.4.10. Interdits culturels et reprise de la sexualité après accouchement-- 122
3.4.11. Analyse multi variée ---------- 122
3.5.1. Analyse multivariée ---------- 129
3.6. Vécu de la sexualité post partum ---------- 134
3.6.1. Motifs de reprise des rapports sexuels après accouchement ------- 134
3.6.2. Initiative de reprise ---------- 135
3.6.3. Les raisons de l'absence de reprise des rapports sexuels dans un délai de six mois après accouchement---------- 136
3.6.4. Place du retour des couches dans la reprise des rapports sexuels après accouchement---------- 137
3.6.5. Régularité des rapports sexuels après la reprise ---------- 138
3.6.6. Moment de la reprise par rapport aux expériences précédentes --- 138
3.6.7. Difficultés à la reprise---------- 138
3.6.8. Utilisation d'alternatives et reprise des rapports sexuels avec pénétration vaginale après accouchement ---------- 139
3.6.9. Type de rapports sexuels après la reprise---------- 140
3.6.10. Perception de la satisfaction actuelle des rapports sexuels--------- 141
3.6.11. Positions sexuelles adoptées à la reprise---------- 141
3.6.12. Consultation en rapport avec les difficultés liées à la reprise des rapports sexuels ---------- 142
3.6.13. Consultation en rapport avec les difficultés liées à la reprise des rapports sexuels ---------- 143
IV. DISCUSSIONS ---------- 144
CONCLUSION ET SUGGESTIONS ---------- 160
Suggestions ---------- 162
REFERENCES ---------- 164
ANNEXES ---------- A
SERMENT D'HIPPOCRATE ---------- V
RESUME----------**Erreur ! Signet non défini.**

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai les soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !

LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement entrainent des modifications sur le plan anatomique, hormonal, familial et relationnel. Et ces changements pourraient avoir des impacts importants sur la fonction sexuelle. Beaucoup de facteurs influencent la fonction sexuelle chez la femme après l'accouchement. Malgré l'importance de ce sujet, la sexualité du couple après l'accouchement n'est pas abordée lors des consultations prénatales. Aussi au Bénin une seule étude a été faite sur la sexualité du couple pendant la gravido puerpéralité précisément durant la période de grossesse. En dehors de la pratique des rapports sexuels au cours de la grossesse de nombreux autres facteurs peuvent influencer la reprise de la sexualité après l'accouchement. C'est ce qui fait l'objet de notre étude.

METHODOLOGIE

Notre étude s'est déroulée dans la ville de Cotonou au Bénin. Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique avec collecte prospective des données. La population d'étude était constituée des femmes en âge de procréer de Cotonou. Un sondage en grappe à 3 degrés a été réalisé. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire. Les facteurs associés à la reprise des rapports sexuels dans les six(06) mois après accouchement ont été recherché à l'aide d'un modèle de régression logistique binaire.

RESULTATS

Parmi les femmes qui ont participé à cette étude, leur âge variait entre 15 et 51 ans, avec une moyenne de de 28 ans. Elles sont en majorité scolarisées 86,8%, vendeuse/commerçante 32,8% et 76,4% d'entre elles parlaient le Fon. Cependant 60% de ces femmes n'avaient reçu aucune information sur la reprise des rapports sexuels après l'accouchement. Néanmoins les rapports sexuels ont été repris par 30,8% des femmes avec un délai moyen de reprise des rapports sexuels de 10 semaines post-partum. Les facteurs influençant la reprise sont entre autre l'ethnie, la religion, la voie d'accouchement, l'allaitement, la contraception, état de santé du bébé… Environ 2,4 % des femmes ont repris les rapports sexuels avant le retour des couches. Les rapports sexuels étaient initiés principalement par leur mari et la majorité des femmes ont repris les rapports sexuels dans le but de satisfaire ces derniers. Seulement 9,5% d'entre elles ont utilisé des méthodes contraceptives. Environ 29,1% des femmes ont présenté des morbidités sexuelles, notamment sécheresse vaginale/lubrification insuffisante, inconfort et douleurs.

CONCLUSION

Cette étude a révélé une insuffisance de sensibilisation des femmes sur la reprise de la sexualité après accouchement. Les femmes de notre milieu reprennent les rapports sexuels tôt après l'accouchement sans utiliser de contraception et une morbidité sexuelle associée. Il est donc impératif de mettre l'accent sur l'éducation sexuelle et contraceptive pendant la période du post-partum.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Pregnancy and childbirth bring about anatomical, hormonal, familial and relational changes. And these changes may have important impacts on sexual function. Many factors influence sexual function in women after childbirth. Despite the importance of this subject, the sexuality of the couple after childbirth is not discussed during prenatal consultations. Also in Benin, only one study has been done on the sexuality of the couple during the gravidopuerperium, specifically during the pregnancy period. Apart from the practice of sexual intercourse during pregnancy, many other factors can influence the resumption of sexuality after childbirth. This is the subject of our study.

METHODOLOGY

Our study took place in the city of Cotonou in Benin. We conducted a cross-sectional study with descriptive and analytical aims and prospective data collection. The study population consisted of women of childbearing age in Cotonou. A 3-stage cluster survey was conducted. Data were collected using a questionnaire. Factors associated with the resumption of sexual intercourse within six months after delivery were investigated using a binary logistic regression model.

RESULTS

The women who participated in this study ranged in age from 15 to 51 years, with an average age of 28 years. The majority were educated (86.8%), saleswomen/traders (32.8%) and 76.4% spoke Fon. However, 60% of these women had not received any information on resuming sexual relations after childbirth. Nevertheless, sexual intercourse was resumed by 30.8% of the women with an average delay of 10 weeks postpartum. Factors influencing resumption included ethnicity, religion, mode of delivery, breastfeeding, contraception, and health status of the baby. About 2.4% of women resumed sexual intercourse before returning from childbirth. Sex was mainly initiated by their husbands and the majority of women resumed sex in order to satisfy them. Only 9.5% of them used contraceptive methods. About 29.1% of the women experienced sexual morbidities, including vaginal dryness/lubrication deficiency, discomfort and pain.

CONCLUSION

This study revealed a lack of awareness among women about resuming sexuality after childbirth. Women in our setting resume sexual intercourse soon after delivery without using contraception and associated sexual morbidity. It is therefore imperative to focus on sex and contraceptive education in the postpartum period.