

Le vécu de l'épisiotomie, du post-partum immédiat à 6 mois de l'accouchement

Soline Gaubert

▶ **To cite this version:**

Soline Gaubert. Le vécu de l'épisiotomie, du post-partum immédiat à 6 mois de l'accouchement. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01227972

HAL Id: dumas-01227972

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01227972

Submitted on 12 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT–QUENTIN–EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

SOLINE GAUBERT

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

Le vécu de l'épisiotomie, du post-partum immédiat à 6 mois de l'accouchement

Soutenu le : 29 Mai 2015

JURY

Caroline Le Roux, sage-femme, psychologue clinicienne et sexologue (Directrice de mémoire)

Catherine Garcin, sage-femme sexologue (Experte)

Numéro national d'étudiant : 21108799

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Remerciements

Je remercie Caroline Le Roux, ma directrice de mémoire, pour avoir accepté de m'encadrer dans l'élaboration de ce travail, pour ses conseils avisés, pour sa disponibilité et son soutien.

Je remercie les sages-femmes des maternités du CHIPS, de Louis Mourier et du centre hospitalier d'Orsay ainsi que les étudiants sages-femmes qui ont participé à la distribution de mes questionnaires.

Je remercie toutes les patientes qui m'ont fait confiance en acceptant de participer à cette étude.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique du département de maïeutique pour sa bienveillance au cours de ces quatre années d'étude.

Je remercie mes amis et futurs collègues pour avoir été présents dans les moments de doute. Merci pour nos nombreux fous rires, j'espère qu'ils rythmeront nos vies encore longtemps…

Je remercie « mes soutiens de la dernière ligne droite » pour m'avoir donné le courage et la force dont j'avais besoin.

Je remercie ma famille dans son ensemble pour tout ce qu'elle m'a apporté.

Je remercie mes parents et Quentin pour leur amour, leurs encouragements et leur foi en moi. Je vous aime.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Table des matières

AVERTISSEMENT II

REMERCIEMENTS III

TABLE DES MATIERES IV

LISTE DES FIGURES VII

LISTE DES ANNEXES VIII

RESUME IX

ABSTRACT X

1 INTRODUCTION 1

1.1 L'épisiotomie : définition, aspects techniques 1

1.1.1 Définition 1

1.1.2 Différentes réalisations de l'épisiotomie 1

1.1.3 Suture de l'épisiotomie 2

1.2 Evolution des pratiques 2

1.2.1 L'épisiotomie : un succès controversé 2

1.2.2 Recommandations du Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) 3

1.2.3 Post-recommandations du CNGOF : conséquences dans les pratiques des professionnels, résultats observés 4

1.3 Episiotomie : quelles conséquences dans le post-partum ? 5

1.3.1 Episiotomie et douleurs périnéales 5

1.3.2 Episiotomie et sexualité 6

1.3.3 Vécu maternel de l'accouchement 7

1.3.4 Vécu maternel de l'épisiotomie 8

2 MATERIEL ET METHODE 10

2.1 Objectifs et hypothèses 10

2.2 Description de l'étude 10

2.2.1 Type et durée 10

2.2.2 Déroulement de l'étude 10

2.2.3 Outils de l'étude. 11

2.2.4 Population d'étude 12

2.3 Variables retenues 12

2.3.1 Questionnaire du post-partum immédiat 12

2.3.2 Questionnaire à trois mois de l'accouchement. 15

2.3.3 Questionnaire à six mois de l'accouchement. 16

2.4 Considérations éthiques et réglementaires 17

3 RESULTATS 18

3.1 Description de la population d'étude 18

3.1.1 Âge et parité 18

3.1.2 Type d'accouchement 19

3.1.3 Origine géographique 19

3.1.4 Profession 20

3.1.5 Situation familiale 20

3.1.6 Etat de santé général 20

3.2 Évaluation des contextes de l'accouchement et de la réalisation de l'épisiotomie 20

3.2.1 Contexte et déroulement de l'accouchement 20

3.2.2 Contexte de la réalisation et déroulement de l'épisiotomie 23

3.3 Évaluation de l'impact de l'épisiotomie sur le quotidien des femmes 25

3.3.1 En post-partum immédiat 25

3.3.2 À trois mois 26

3.3.3 À six mois 27

3.4 Évaluation de l'impact de l'épisiotomie sur la sexualité 28

3.4.1 En post-partum immédiat 28

3.4.2 À trois mois 28
3.4.3 À six mois 29

3.5 Évolution du vécu dans le temps 30
3.5.1 Évolution de la douleur 30
3.5.2 Évolution du vécu moral 31
3.5.3 Évolution du vécu physique 32

3.6 Impact de l'épisiotomie sur le désir d'une grossesse future 32

4 DISCUSSION 33

4.1 Points forts et limites de l'étude 34
4.1.1 Limites de l'étude 34

4.2 Facteurs prédictifs d'un mauvais vécu de l'épisiotomie 37
4.2.1 Antérieurs à l'accouchement 38
4.2.2 Liés au contexte de l'accouchement 38
4.2.3 Liés aux suite de couches 39
4.2.4 Liés à la vie post-natale 39

4.3 Rôle de la sage-femme dans le vécu de l'épisiotomie 40
4.3.1 En pré-partum 41
4.3.2 En salle de naissances 41
4.3.3 En suite de couches 42
4.3.4 En post-natal 43

CONCLUSION 44

BIBLIOGRAPHIE 46

ANNEXES 49

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Liste des figures

Figure 1: Réponses aux questionnaires..... 18
Figure 2: Répartition de la population par tranche d'âge et parité 18
Figure 3: Répartition de la population par type d'accouchement 19
Figure 4: Répartition de la population par origine géographique 19
Figure 5: Appréhensions quant à l'accouchement exprimées par les patientes 21
Figure 6: Regrets vis-à-vis de l'accouchement exprimés par les patientes..... 22
Figure 7: Vécu physique et moral de l'accouchement..... 22
Figure 9: Réactions des patientes à l'annonce de la réalisation de l'épisiotomie..... 24
Figure 10: Activités du quotidien impactées par l'épisiotomie..... 25
Figure 11: Évaluation du vécu global sur les 6 mois suivants l'accouchement..... 27
Figure 12: Impact de l'épisiotomie sur la sexualité des femmes 30
Figure 13: Évolution de la douleur liée à l'épisiotomie au cours des 6 mois 31
Figure 14: Évolution du vécu moral de l'épisiotomie au cours des 6 mois 31
Figure 15: Évolution du vécu physique de l'épisiotomie au cours des 6 mois..... 32

Liste des annexes

Annexe I : Formulaire de consentement 50
Annexe II : Premier questionnaire : Evaluation dans le post-partum immédiat. 51
Annexe III : 2ème questionnaire : Evaluation à 3 mois de l'accouchement. 56
Annexe IV : 3ème questionnaire : Evaluation à 6 mois de l'accouchement. 59

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Résumé

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer les conséquences de l'épisiotomie sur le quotidien des femmes et le vécu qu'elles en ont du post-partum immédiat à 6 mois de l'accouchement et d'évaluer l'impact de l'épisiotomie dans le désir d'une grossesse future.

Matériel et méthodes

Cette étude prospective s'est déroulée du 14 avril 2014 au 31 Janvier 2015 au sein de trois maternités différentes et a été réalisée auprès de femmes venant d'avoir une épisiotomie pour la première fois.

Leur vécu a été évalué en trois temps : en post-partum immédiat, à trois mois et à 6 mois de l'accouchement.

Résultats

43 femmes ont été suivies sur 6 mois. Le vécu de l'épisiotomie est négatif en post-partum immédiat et s'améliore au cours du temps.

Certains éléments prédictifs d'un mauvais vécu ont pu être dégagés comme un mauvais vécu de l'accouchement, une épisiotomie douloureuse et un manque d'information.

L'épisiotomie n'a pas d'impact sur le désir d'une grossesse future pour 93% de l'échantillon.

Le rôle de la sage-femme semble essentiel dans l'amélioration du vécu de l'épisiotomie.

Mots-clés :

Épisiotomie, vécu, post-partum, sage-femme.

Abstract

Objective

The purpose of this study is to evaluate the consequences of episiotomy on the women's everyday life and the experiences they have in the immediate postpartum period to 6 months of delivery and to assess the impact of episiotomy in the desire of a future pregnancy.

Methods

This prospective study was conducted on April 14th 2014 to January 31st 2015 in three differents maternity units and was conducted among women who have an episiotomy for the first time. Their experience has been evaluated in three times: in immediate postpartum, at three months and six months of delivery.

Results

43 women were followed during 6 months. The experience of episiotomy is negative in immediate postpartum and improves over time. Some predictors of a bad experience have been identified as a bad experience of childbirth, a painful episiotomy and a lack of information. The episiotomy has no impact on the desire for a future pregnancy for 93% of the sample. The role of the midwife seems essential in improving the experience of episiotomy.

Keywords :

Episiotomy, experience, post partum, midwife.

1 Introduction

1.1 L'épisiotomie : définition, aspects techniques

1.1.1 Définition

L'épisiotomie est définie comme une incision chirurgicale volontaire du périnée pratiquée par l'obstétricien ou la sage-femme au cours de l'accouchement dans le but d'agrandir l'orifice vaginal. Elle entraine la section de la paroi du vagin, de la peau et des muscles superficiels du périnée[1].

Elle est réalisée en vue de faciliter la naissance en cas de souffrance fœtale ou de prévenir des lésions périnéales trop sévères[1].

1.1.2 Différentes réalisations de l'épisiotomie

Il existe trois façons courantes de réaliser une épisiotomie : médiane, médio-latérale et latérale [2,3]. Les différences entre les méthodes résident essentiellement sur l'angle et le point d'incision. Cependant, il existe des divergences de définition d'une institution à l'autre et d'un professionnel à l'autre[4,5].

L'épisiotomie médio-latérale est la plus utilisée en France. Elle consiste en une incision partant de la fourchette vulvaire postérieure et se dirigeant à 45°, au moins, vers la région ischiatique sur 6cm environ. On la réalise au petit couronnement, lors d'un effort expulsif ou d'une contraction[6].

La technique latérale diffère de la médio-latérale au niveau du point d'incision initial qui se trouve à 1-2 cm de la fourchette vulvaire postérieure. Elle est associée à un risque accru de section du canal excréteur de la glande de Bartholin[7].

La technique médiane, plutôt utilisée dans les pays anglo-saxons, est une incision réalisée depuis la fourchette postérieure en direction de l'anus[7]. Cette dernière permettrait d'avoir de meilleurs résultats esthétiques, une meilleure cicatrisation ainsi que moins de dyspareunies que la latérale[8].

A l'inverse, la médio-latérale éviterait l'extension des lésions jusqu'au muscle sphincter anal par rapport à la médiane[8].

1.1.3 Suture de l'épisiotomie

La réfection de l'épisiotomie peut être réalisée de deux façons différentes mais les plans sont toujours suturés dans l'ordre suivant : vagin, muscle puis peau.

Il est possible de réparer le périnée de façon continue selon la technique « un fil un nœud » : un seul nœud est effectué au début de la réfection puis le périnée est suturé en 4 plans avec le même fil[9].

Il est également possible de suturer chaque plan séparément.

Il a été montré dans différents travaux que la technique dite « un fil un nœud » est moins douloureuse que celle en plans séparés et que l'utilisation de fil résorbable à une moindre morbidité que le non résorbable[9,10].

1.2 Evolution des pratiques

1.2.1 L'épisiotomie : un succès controversé

L'épisiotomie a été décrite pour la première fois par Sir Fielding Ould, sage-femme irlandais du 18ème siècle[11]. Sous l'impulsion de ce dernier, les avantages théoriques de l'épisiotomie sont mis en avant : elle aurait un rôle majeur dans la prophylaxie des lésions périnéales sévères et une protection néonatale en cas de souffrance fœtale.

Elle se répand progressivement dans les pratiques des professionnels pour devenir courante au 20ème siècle[12] et son recours chez la primipare devient de plus en plus systématique.

C'est en 1983 qu'est publiée une première revue de la littérature mettant en question la balance bénéfice/risque à réaliser une épisiotomie[13]. Selon les auteurs de ce travail, elle a été responsable d'une augmentation du nombre de déchirures périnéales du 3ème degré, d'incontinences urinaires et anales et n'a pas montré de bénéfices dans la prévention du relâchement périnéal. Les auteurs ont également

mis en évidence qu'elle n'avait pas fait ses preuves dans la protection de l'asphyxie néonatale, de l'hémorragie cérébrale et du retard mental[13].

Par la suite, entre 1984 et 2004, une trentaine d'études cherchent à comparer les conséquences de son usage en systématique versus son usage restrictif : il n'y a pas de consensus dans les résultats[8]. Il apparaît qu'une majorité modérée des études a confirmé les résultats établis en 1983 en ajoutant, pour certaines, que l'épisiotomie était responsable de douleurs importantes dans le post-partum et qu'elle pouvait entrainer des dyspareunies mais les autres études ont établi que ces différences entre usage systématique et restrictif n'étaient pas significatives[8].

1.2.2 Recommandations du Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

En France, entre 2002 et 2003, le taux d'épisiotomies a diminué mais de manière plus mesurée que dans les autres pays occidentaux : 47% des accouchements voie basse donnent lieu à une épisiotomie : 68% chez la primipare et 31% chez la multipare[6].

En 2005, le CNGOF fait un état des lieux de l'usage de l'épisiotomie en France en tenant compte des études menées jusque là, bien que difficilement comparables entre elles en raison de leurs divergences de résultats et de méthodes.
Le CNGOF publie alors des recommandations de pratiques professionnelles visant à faire diminuer progressivement le nombre moyen d'épisiotomies en dessous d'un taux global de 30%[6].

Il s'accorde à dire que la réalisation courante d'une épisiotomie ne prévient pas des déchirures périnéales sévères ni de l'incontinence urinaire mais qu'elle réduit le risque de survenue de déchirures périnéales antérieure de moindre gravité[6].

Il établit également que les situations obstétricales spécifiques telles que les extractions instrumentales, les manœuvres obstétricales, une mauvaise présentation fœtale (variété postérieure, présentation de la face ou du siège) ne justifient pas la

réalisation d'une épisiotomie mais qu'elle peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur[6].

Enfin, comparativement à des périnées intacts ou des déchirures de grade 1 et 2, l'épisiotomie est plus douloureuse pour les patientes en post-partum immédiat et elle serait responsable de plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum[6,14].

1.2.3 Post-recommandations du CNGOF : conséquences dans les pratiques des professionnels, résultats observés

On s'intéresse désormais aux conséquences des recommandations du CNGOF dans les pratiques des professionnels et sur les résultats obtenus auprès des patientes et des nouveau-nés. Trois études ont été réalisées au sein de différentes maternités françaises et toutes s'accordent à dire qu'une diminution significative du nombre d'épisiotomies réalisées a été observée[15–17]. En effet, le taux global d'épisiotomie entre 2010 et 2013 a été évalué à 30% : 47% pour les primipares versus 16% pour les multipares soit près de trois fois moins[18].

Il a été mis en évidence que l'application de ces recommandations est à l'origine d'une augmentation des lésions périnéales mineures sans conséquences fonctionnelles, d'une augmentation du nombre de périnées intacts en particulier lors d'extractions instrumentales, d'une diminution non significative ou d'un taux inchangé du nombre de lésions périnéales sévères du 3ème et 4ème degré[15,17]. L'état néonatal apprécié par le score d'Apgar à 5 minutes de vie est resté stable[15].

Par ailleurs, les auteurs ont identifié l'extraction instrumentale, la primiparité, le poids de naissance supérieur à 4000g, une présentation postérieure et une durée des efforts expulsifs supérieure à 30 minutes comme étant des facteurs significativement associés[15].

Enfin, l'enquête du collectif interassociatif autours de la naissance (CIANE) publiée en Novembre 2013 a soulevé plusieurs points, à distance des recommandations du CNGOF, en vue de réduire encore le nombre d'épisiotomies. Elle a proposé de redéfinir le taux maximal admissible d'épisiotomie non redéfini depuis 2005, d'améliorer les pratiques des professionnels de santé réalisant une

épisiotomie au cours d'extractions instrumentales et que les établissements de santé fassent preuve de plus de transparence dans la communication de leur taux d'épisiotomies. En effet, seuls les établissements ayant un taux d'épisiotomie inférieur à 30% publieraient leurs résultats[18].

1.3 Episiotomie : quelles conséquences dans le post-partum ?

1.3.1 Episiotomie et douleurs périnéales

Une étude de 2014, réalisée de façon concomitante au présent travail, s'est intéressée aux effets des différentes techniques d'épisiotomie (médiane, médio-latérale et latérale) sur la douleur périnéale et sur l'activité sexuelle trois mois après l'accouchement[7].

Elle a montré que, toutes techniques d'épisiotomie confondues, seulement 2,2% des patientes on scoré « 0 » à l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) dans les premiers jours de post-partum contre 75,4% à trois mois de post-partum témoignant d'une bonne résolution de la douleur.

Parmi les 24,6% de femmes ressentant une douleur en relation avec la cicatrice de leur épisiotomie à trois mois, 61,4% estimaient cette douleur légère (EVA entre 1 et 3), 31,8% l'estimaient modérée (EVA entre 4 et 6) et 6,8% l'estimaient élevée (EVA entre 7 et 10).

Cette étude a mis en évidence qu'il n'existait pas de différence significative de douleurs à ces différents temps entre épisiotomie lors d'un accouchement voie basse spontanée et épisiotomie lors d'une extraction instrumentale.

Il a également été mis en avant que la perception de la douleur était significativement différente en fonction de l'âge des patientes : le groupe le plus jeune (18-29 ans) et le groupe le plus âgé (35-44 ans) décrivaient une douleur moins importante que le groupe d'âge médian (30-34 ans).

Il avait déjà été mis en évidence que l'épisiotomie était responsable de douleurs plus intenses comparativement à une déchirure spontanée du second degré

pendant les 5 premiers jours de post-partum et que ces douleurs étaient résolues à 7 semaines de post-partum pour 88% des patientes participant à l'étude[19].

1.3.2 Episiotomie et sexualité

Avant d'aborder l'impact de l'épisiotomie sur la sexualité, il convient de s'intéresser à la sexualité dans le post-partum.

Globalement, la reprise des rapports sexuels après l'accouchement a lieu en moyenne autour de la 8ème semaine de post-partum[7,19].

Une revue de la littérature de 1960 à aujourd'hui a soulevé que les femmes avaient une diminution de l'activité sexuelle pendant la grossesse, particulièrement au premier trimestre et que cela persistait pendant les 3 à 6 mois suivants l'accouchement [20]. D'après ce travail, les causes liées à cette diminution d'activité sexuelle après l'accouchement seraient principalement la dysfonction du plancher pelvien, les dyspareunies, et l'allaitement[20]. Par ailleurs les auteurs soulignent une augmentation des désagréments sexuels après l'accouchement tels que diminution de la lubrification vaginale, sensation vaginale modifiée (rétrécissement ou agrandissement), saignements vaginaux, irritations après les rapports sexuels[20].

Cette diminution de l'activité sexuelle a également été associée aux contraintes liées à la parentalité mais également aux troubles du désir, expliqués notamment par la fatigue et une mauvaise acception par les femmes de leur corps[21].

Parallèlement, une étude de 2000 menées sur 1336 patientes au cours des 6 mois suivants l'accouchement a montré que 94% d'entre elles ont déclaré avoir un problème de santé, principalement en lien avec le plancher pelvien, qui ralentirait la reprise des rapports sexuels[22].

Il convient désormais de s'intéresser au lien que pourrait avoir l'épisiotomie avec la sexualité.

Peu d'études ont réellement étudié l'impact de l'épisiotomie sur la sexualité des femmes. Souvent, les auteurs ont cherché à évaluer le lien entre épisiotomie et dyspareunies.

Il apparaît que les patientes ayant eu une épisiotomie présenteraient plus de dyspareunies, dans les premières semaines de post-partum, que les patientes n'en ayant pas eu mais que cela n'est plus vrai à distance de l'accouchement. Il n'y aurait pas non plus de différences significatives concernant la reprise des rapports sexuels entre les deux populations[6,23].

La vie sexuelle des femmes peut être affectée jusqu'à deux ans de post-partum avec notamment des douleurs vaginales accompagnées d'une sécheresse vaginale lors des rapports sexuels mais l'épisiotomie n'a pas été associée à ces troubles[24]. Les auteurs s'accordent à dire que l'histoire personnelle influence également la propension à souffrir de dyspareunies.

Enfin, une étude de 2010 étudiant les dyspareunies tardives (définies comme douleurs lors des rapports sexuels un an après l'accouchement) ne montre aucune corrélation entre dyspareunie du post-partum tardif et état périnéal (épisiotomies comprises) : les dyspareunies tardives seraient liées au vécu maternel de l'accouchement plutôt qu'au traumatisme périnéal[25].

Globalement, l'ensemble des études abordant la sexualité en lien avec l'épisiotomie tendent à dire que les femmes ayant eu une épisiotomie ont plus de dyspareunies dans les semaines suivant l'accouchement mais que les dyspareunies à distance de l'accouchement ne sont plus directement liées à l'épisiotomie mais plutôt à l'histoire personnelle des femmes et au vécu qu'elles ont de leur accouchement.

1.3.3 Vécu maternel de l'accouchement

En lien avec l'étude de 2010 citée ci-avant, on s'intéresse désormais aux facteurs pouvant être prédictifs d'un mauvais vécu de l'accouchement.

Une étude de 2003 a rapporté qu'un tiers des femmes considèrent leur accouchement comme une expérience traumatique et que l'état de stress post-traumatique à 6 mois de l'accouchement touche 1,5 à 3% des femmes[26]. Cet état de stress post-traumatique serait associé à un évitement des relations sexuelles de peur d'un autre accouchement[27].

Il a également été mis en évidence que les facteurs de risques significativement associés à un mauvais vécu de l'accouchement chez la primipare et pouvant être prédictifs d'un état de stress post-traumatique sont l'isolement social, le célibat ou le divorce, les antécédents d'avortement ou d'infertilité, une anxiété augmentée à la maternité, un temps de travail estimé long subjectivement et des troubles de la personnalité[28].

1.3.4 Vécu maternel de l'épisiotomie

Les études concernant l'épisiotomie ont très rapidement cherché à mettre en évidence les avantages et les inconvénients à la réaliser, notamment en mettant en balance son usage libéral et son usage restrictif. D'autres se sont intéressées aux techniques de sutures, comparant différentes méthodes.

Enfin, certains auteurs ont cherché à évaluer les conséquences sur les dyspareunies potentiellement causées par l'épisiotomie ou les douleurs périnéales qu'elle pouvait provoquer.

Si l'on s'intéresse au vécu de l'épisiotomie et à l'expérience que les femmes en ont, une enquête publiée en Novembre 2013, de façon concomitante à l'élaboration du présent travail, ressort : l'enquête du CIANE. Cette étude repose sur 9783 accouchements voie basse depuis 2003 jusqu'à 2010 (la majorité des accouchements étudiés datent d'après 2010) et évalue le vécu des femmes par le biais d'un questionnaire en ligne[18].

Elle a mis en lumière le fait que 3 femmes sur 4 ayant eu une épisiotomie en ont souffert : sur la période 2010-2013, 75% des femmes ont estimé en avoir souffert, 23% ont estimé ne pas en avoir souffert. Les 2% restants correspondaient à des femmes ayant coché « autres réponses » en vue d'indiquer qu'elles avaient souffert pendant plus de 3 mois, jusqu'à plusieurs années. 39% des femmes ont dit avoir souffert pendant la première semaine de post-partum, 38% pendant un mois, 13% pendant 3 mois et 10% au delà[18].

L'enquête du CIANE a également mis en avant le lien entre souffrance et consentement. En effet, les résultats obtenus ont montré que 85% des épisiotomies

sont réalisées sans le consentement des femmes et que la demande de consentement est plus orientée vers les multipares que vers les primipares. Il apparaît alors que les femmes a qui on a demandé le consentement, et qui ont accepté d'avoir une épisiotomie, souffrent moins que les femmes à qui le consentement n'a pas été demandé : 65% versus 78%[18].

Par ailleurs, les femmes ayant eu une extraction instrumentale avec épisiotomie ont souffert plus longtemps que les femmes ayant eu un accouchement voie basse spontanée avec épisiotomie[18].

2 Matériel et méthode

2.1 Objectifs et hypothèses

Suite à cette revue de la littérature, il apparaît que le vécu que les femmes ont de l'épisiotomie et l'impact que cette dernière peut avoir dans leur quotidien n'a pas réellement été étudié.

L'objectif de ce travail est de s'intéresser à l'expérience physique et morale des femmes vis-à-vis de cet acte chirurgical depuis le post-partum immédiat jusqu'à 6 mois.

Pour cela, les hypothèses retenues sont :

- les femmes ont un vécu traumatique de leur épisiotomie
- ce mauvais vécu perdure dans le temps
- ce vécu a un impact dans le désir d'une grossesse ultérieure.

2.2 Description de l'étude

2.2.1 Type et durée

Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur la période du 14 Avril 2014 au 31 Janvier 2015.

2.2.2 Déroulement de l'étude

Cette étude a été réalisée à l'aide de trois questionnaires spécifiques d'une période: post-partum immédiat, à trois mois puis à six mois de l'accouchement.

Les questionnaires initiaux ont été distribués dans les services de suite de couches de trois maternités différentes : à l'hôpital Louis Mourier de Colombes

(Niveau 3), au Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye (Niveau 3) et au centre hospitalier d'Orsay (Niveau 2).

A trois et 6 mois de l'accouchement, les patientes ont été recontactées principalement par e-mail, mais aussi par téléphone, afin de remplir les questionnaires en ligne correspondant aux différentes périodes.

Ainsi, l'étude s'est déroulée selon trois sections :

- du 14 Avril au 31 Juillet 2014 : distribution et recueil des questionnaires concernant le post-partum immédiat dans les trois maternités
- du 14 Juillet au 31 Octobre 2014 : recueil des données via le questionnaire en ligne concernant les trois mois de post-partum
- du 14 Octobre au 31 Janvier 2015 : recueil des données via le questionnaire en ligne concernant les six mois de post-partum.

2.2.3 Outils de l'étude.

Cette étude a été réalisée à partir de trois questionnaires afin d'étudier le vécu de l'épisiotomie sur six mois après l'accouchement. Ces questionnaires étaient remplis par les patientes :

- en suite de couches dans les différents services
- via un questionnaire en ligne ou par téléphone à 3 mois
- via un questionnaire en ligne ou par téléphone à 6 mois.

Le premier questionnaire comportait 90 questions fermées ou ouvertes et avait un temps de réponse estimé à 15 minutes.

Le second questionnaire comportait 41 questions fermées ou ouvertes et avait un temps de réponse estimé à 5 minutes.

Enfin, le dernier questionnaire comportait 40 questions fermées ou ouvertes et avait un temps de réponse estimé à 5 minutes.

2.2.4 Population d'étude

Critères d'inclusion :

- femmes majeures
- première épisiotomie
- femmes maitrisant la langue française.

Critères d'exclusion :

- femmes mineures
- antécédent d'au moins une épisiotomie
- femmes ne maitrisant pas la langue française.

Une question au début du premier questionnaire intitulée « Est-ce bien votre première épisiotomie ? » permettait d'exclure les femmes ayant déjà eu une épisiotomie.

2.3 Variables retenues

Chaque questionnaire a été élaboré afin d'évaluer le vécu des femmes au cours des différents temps, en prenant en compte un certain nombre de variables propres à chaque étape.

2.3.1 Questionnaire du post-partum immédiat

L'objectif de ce questionnaire était d'identifier différents contextes (socio-économique, de l'accouchement, de la réalisation de l'épisiotomie, des suites de couches, du retour à la maison) en vue de les mettre en relation avec le vécu de l'épisiotomie.

Afin, de caractériser le panel de femmes participant à l'étude, les informations recueillies concernaient :

- l'âge
- la situation familiale
- la profession
- l'origine géographique
- la parité et la gestité
- l'état de santé général de la femme.

Par la suite, le contexte et le déroulement de l'accouchement étaient évalués selon les données suivantes :

- appréhensions vis-à-vis de l'accouchement
- déroulement des accouchements précédents
- cours de préparation pendant la grossesse
- analgésie péridurale ou non
- patiente seule ou accompagnée pendant l'accouchement et attitude de l'accompagnant
- accouchement instrumental ou non
- ressenti vis-à-vis de l'équipe médicale pendant l'accouchement
- regrets vis-à-vis de l'accouchement
- auto-évaluation par la patiente du vécu global puis physique et moral de son accouchement.

A ensuite été évalué le contexte de réalisation de l'épisiotomie par :

- les connaissances des femmes au sujet de l'épisiotomie
- leurs réticences ou non à en avoir une
- l'expression de leurs réticences à avoir une épisiotomie auprès du corps médical et l'accueil qu'il en a été fait

- l'information donnée à la patiente sur l'épisiotomie au moment de sa réalisation
- le sentiment de la patiente en apprenant avoir eu une épisiotomie
- l'explication donnée par les professionnels de santé quant à la réalisation de l'épisiotomie
- le déroulement de la suture
- la représentation du sexe de la femme et de l'épisiotomie auprès des patientes.

L'impact qu'avait l'épisiotomie sur le déroulement des suites de couche et sur le retour au domicile a été évalué par :

- la réalisation des tâches que les patientes ne pouvaient pas effectuer
- la réalisation optimale des soins apportés au nouveau-né
- l'aide d'une personne extérieure
- les difficultés liées à l'épisiotomie concernant la réalisation des tâches et concernant la cicatrisation
- les informations apportées par l'équipe médicale aux patientes concernant l'épisiotomie
- l'évaluation de la douleur
- appréhension du retour au domicile en lien avec l'épisiotomie.

Enfin, pour évaluer la sexualité :

- moment de reprise envisagé, désir et fréquence des rapports sexuels
- appréhension de la reprise des rapports sexuels en lien avec l'épisiotomie
- auto-évaluation par la patiente du vécu physique et moral de son épisiotomie.

2.3.2 Questionnaire à trois mois de l'accouchement.

Ce second questionnaire avait pour but de déterminer le contexte du retour au domicile, d'évaluer l'impact de l'épisiotomie dans le quotidien des femmes et sur leur sexualité.

Afin d'évaluer le contexte de retour au domicile, les informations recueillies concernaient :

- le vécu du retour à domicile
- les difficultés majeures rencontrées depuis le dernier questionnaire
- le sommeil de leur enfant.

Au sujet de l'épisiotomie, ont été évalués :

- l'impact de l'épisiotomie sur les tâches quotidiennes
- l'impact de l'épisiotomie sur les soins portés au bébé
- les difficultés liées à l'épisiotomie
- la cicatrisation de l'épisiotomie
- la douleur de l'épisiotomie
- le besoin de parler de l'épisiotomie avec un professionnel de santé
- une auto-évaluation des patientes du vécu physique et moral de leur épisiotomie.

Enfin, des questions concernant les rapports sexuels ont été posées en vue d'évaluer :

- le moment de reprise des rapports sexuels
- la notion de désir, de fréquence si les rapports sexuels ont repris
- les douleurs ressenties au moment de l'acte sexuel et leur lien avec l'épisiotomie
- les changements de sensations au moment des rapports sexuels et leur lien avec l'épisiotomie

- la qualité des rapports sexuels par rapport à avant l'accouchement et leur lien avec l'épisiotomie
- le besoin de parler de leur sexualité avec un professionnel de santé.

2.3.3 Questionnaire à six mois de l'accouchement.

Ce troisième questionnaire avait pour but de déterminer le contexte de vie des patientes, d'évaluer l'impact de l'épisiotomie dans le quotidien des femmes et sur leur sexualité.

Il avait également pour enjeu d'évaluer la globalité du vécu sur les 6 mois et d'évaluer l'enjeu de l'épisiotomie pour le désir d'une grossesse future.

Au sujet du contexte de vie, les informations recueillies concernaient :

- les difficultés majeures rencontrées depuis le dernier questionnaire.
- le sommeil de l'enfant.

Au sujet de l'épisiotomie, ont été évalués :

- la rééducation du périnée
- l'impact de l'épisiotomie sur les tâches quotidiennes
- la douleur de l'épisiotomie
- le besoin de parler de l'épisiotomie avec un professionnel de santé
- une auto-évaluation des patientes du vécu physique et moral de leur épisiotomie
- la représentation de l'épisiotomie pour les femmes
- une auto-évaluation du vécu global de l'épisiotomie
- l'appréhension d'avoir à nouveau une épisiotomie dans l'optique d'une autre grossesse
- l'impact du vécu de l'épisiotomie sur le désir d'une autre grossesse.

Enfin, des questions concernant les rapports sexuels ont été posées en vue d'évaluer :

- le moment de reprise des rapports sexuels
- la notion de désir, de fréquence si les rapports sexuels ont repris
- les douleurs ressenties au moment de l'acte sexuel et leur lien avec l'épisiotomie
- les changements de sensations au moment des rapports sexuels et leur lien avec l'épisiotomie
- la qualité des rapports sexuels par rapports à avant l'accouchement et leur lien avec l'épisiotomie
- la sexualité d'avant l'accouchement a t-elle été retrouvée en lien avec l'épisiotomie
- une auto-évaluation de l'impact de l'épisiotomie sur la sexualité
- le besoin de parler de leur sexualité avec un professionnel de santé.

2.4 Considérations éthiques et réglementaires

Le consentement des patientes a été recueilli pour être autorisé à les recontacter à 3 mois et 6 mois de leur accouchement (formulaire de consentement en annexe).

Un numéro a été attribué à chaque patiente afin qu'aucun recoupement entre leur réponses et leurs informations personnelles ne puisse être fait.

Chaque patiente était libre de se rétracter à tout moment de l'étude.

3 Résultats

3.1 Description de la population d'étude

50 questionnaires exploitables ont été récupérés dans l'ensemble des maternités participant à l'étude. Deux patientes ont été perdues de vue à trois mois et cinq à six mois. L'échantillon final est de 43 patientes.

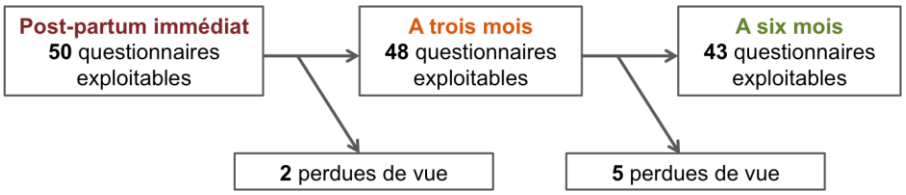


Figure 1: Réponses aux questionnaires

3.1.1 Âge et parité

L'échantillon d'étude est composé de patientes ayant entre 21 et 45 ans. L'âge moyen est de 32 ans. La tranche d'âge majoritairement représentée est la 31-35 ans (38%). 88% des patientes sont primipares.

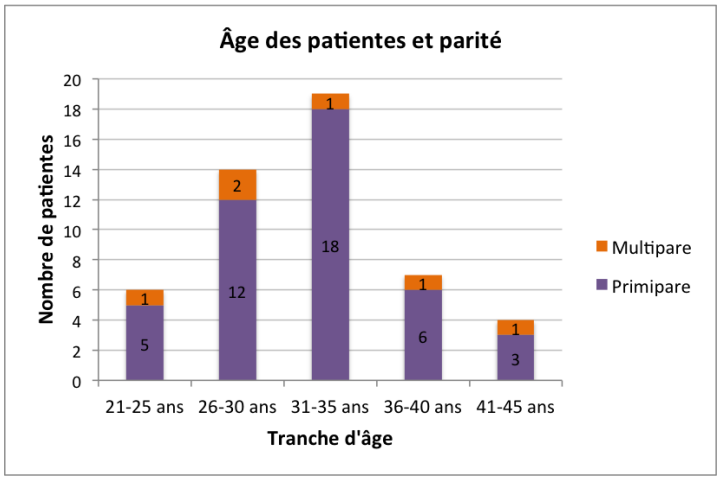


Figure 2: Répartition de la population par tranche d'âge et parité

3.1.2 Type d'accouchement

Sur les 50 patientes, 21 (42%) ont accouché sans instrument, 19 (38%) ont eu une ventouse, 7 (14%) un forceps et 3 (6%) ont eu ventouse et forceps.

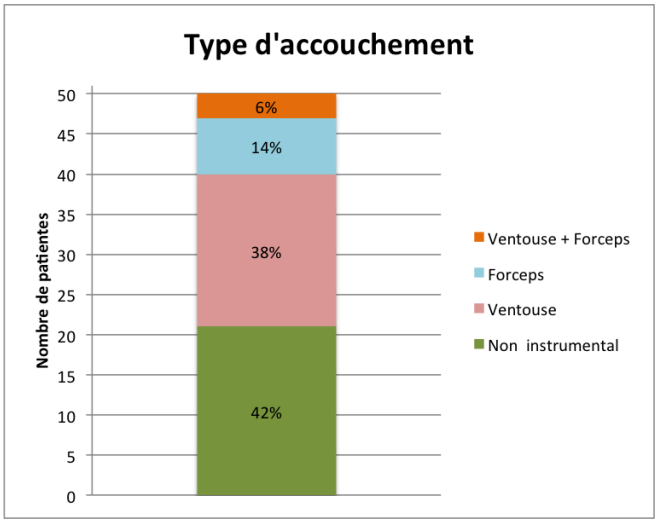


Figure 3: Répartition de la population par type d'accouchement

3.1.3 Origine géographique

68% de la population d'étude était d'origine française. Le reste de l'échantillon avait dans ses origines géographiques des pays d'Afrique centrale, d'Afrique du nord, de l'Europe de l'ouest, d'Asie et des DOM-TOM.

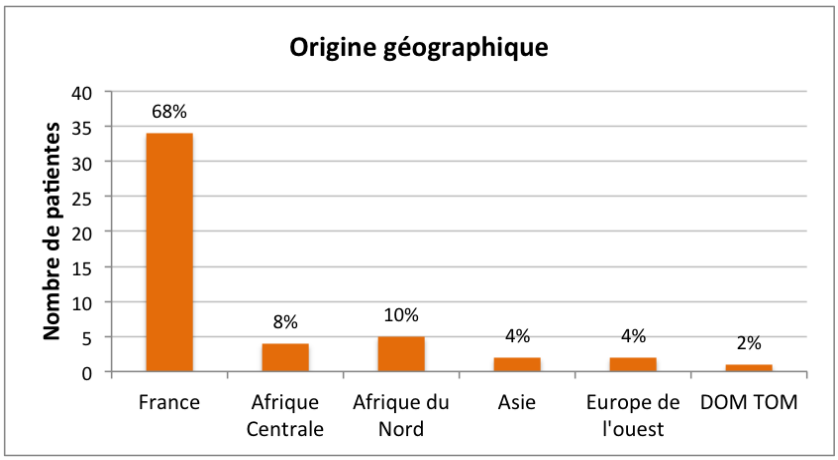


Figure 4: Répartition de la population par origine géographique

3.1.4 Profession

Sur la population d'étude, 86% des patientes ont une activité professionnelle dont 18% exercent une profession médicale ou paramédicale. 14% des patientes sont sans emploi ou étudiantes.

3.1.5 Situation familiale

Parmi les 50 patientes de l'échantillon, 94% sont en couple (résultat englobant les patientes mariées, en couple et vivant maritalement).

3.1.6 Etat de santé général

La population d'étude est globalement en bonne santé : 8% de l'échantillon a une maladie nécessitant une prise en charge particulière.

3.2 Évaluation des contextes de l'accouchement et de la réalisation de l'épisiotomie

3.2.1 Contexte et déroulement de l'accouchement

Selon nos critères d'évaluation, le contexte de l'accouchement a été positif pour la majorité de notre échantillon.

En effet, 88% des patientes ont eu des cours de préparation à l'accouchement, les 12% qui n'en n'ont pas eu estiment que cela ne leur a pas manqué.

La plupart des patientes bénéficiaient d'une analgésie péridurale (90%) et étaient accompagnées (98%) d'une personne qu'elles trouvaient encourageante (94%).

Les patientes se sentent actives dans leur accouchement (90%) et accompagnées par l'équipe médicale (98%).

En revanche, 83% des multipares déclarent que leur accouchement précédent s'est mal déroulé.

Par ailleurs, 66% de l'échantillon a des appréhensions quant à l'accouchement. À la question ouverte permettant d'évaluer ces appréhensions, 6 catégories majeures se dégagent. Parmi les réponses, la moitié concerne des appréhensions liées à la douleurs, un quart porte sur les complications maternelles ou fœtales, un autre quart porte sur les craintes liées à la césarienne ou à l'extraction instrumentale. Enfin, 18% a des appréhensions liées à l'épisiotomie.

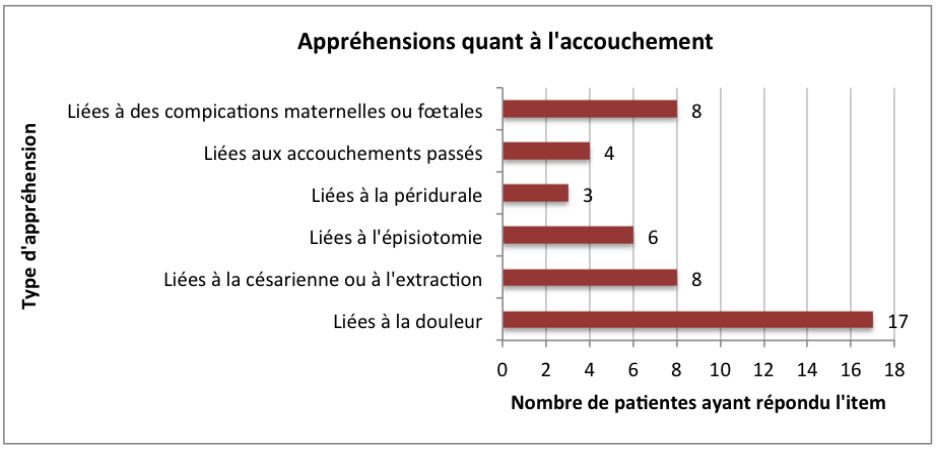


Figure 5: Appréhensions quant à l'accouchement exprimées par les patientes

Par la suite, 13 patientes (26%) font part de regrets vis-à-vis du déroulement de l'accouchement.

À la question ouverte permettant d'évaluer ces regrets, 5 catégories majeures se dégagent. Parmi les réponses, la moitié concerne des regrets liés à la péridurale, un tiers des réponses porte sur le déroulement du travail. Enfin, 18% de ces patientes regrettent d'avoir eu une épisiotomie.

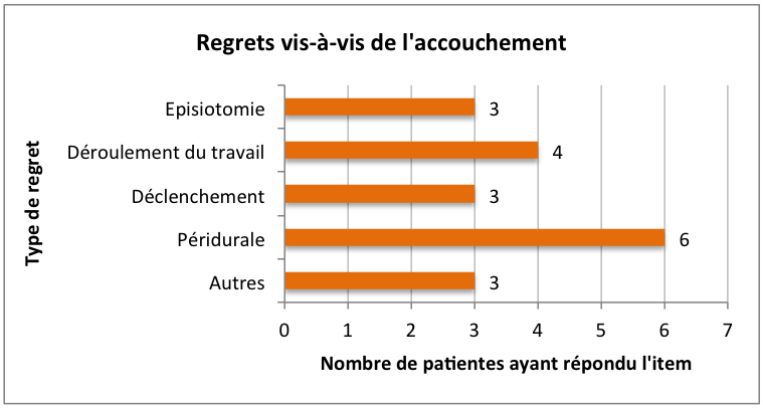


Figure 6: Regrets vis-à-vis de l'accouchement exprimés par les patientes

Globalement, les patientes estiment avoir un bon vécu de leur accouchement. En effet, 12% disent avoir mal vécu leur accouchement. Parmi ces femmes, les raisons avancées concernent la douleur liée à l'accouchement (83%) et un temps de travail estimé très long (50%).

Enfin, en réponses aux questions permettant d'évaluer le vécu moral et physique de l'accouchement, il apparaît que les patientes ont mieux vécu leur accouchement sur le plan moral que physique. En effet, 33 patientes (66%) ont un vécu physique compris entre « atroce » et « moyen » contre 20 patientes (40%) sur le plan moral.

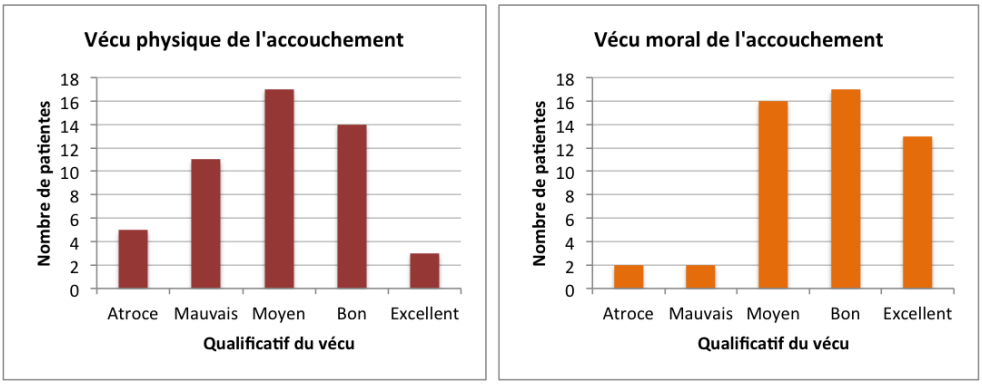


Figure 7: Vécu physique et moral de l'accouchement

3.2.2 Contexte de la réalisation et déroulement de l'épisiotomie

94% des patientes savaient ce qu'était une épisiotomie. Les 6% qui ne savent pas auraient aimé avoir cette information avant l'accouchement.

70% de l'échantillon fait part de sa réticence à avoir une épisiotomie. À la question ouverte permettant d'évaluer cette réticence, 4 catégories majeures se dégagent. On observe que la grande majorité a des réticences en lien avec la douleur ou en lien avec des complications (maternelles ou fœtales).

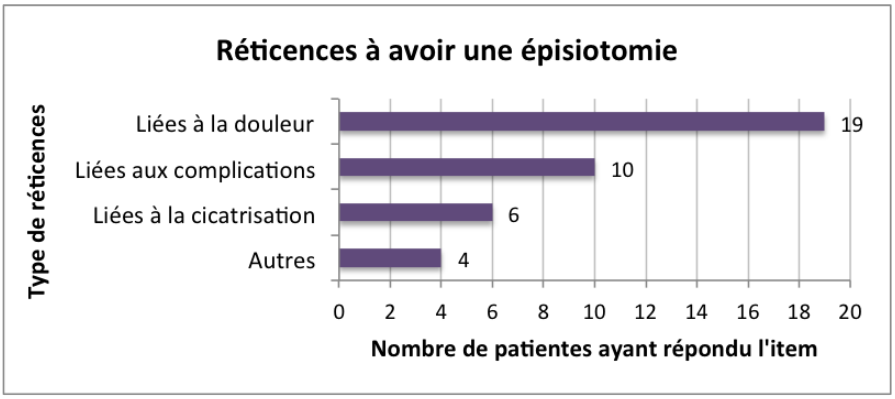


Figure 8: Réticences, à avoir une épisiotomie, exprimées par les patientes

Parmi les patientes ayant des réticences à avoir une épisiotomie, 24% en ont fait part au corps médical et trouvent que leurs réticences ont bien été accueillies, tandis que 76% ne les ont pas exprimées.

À la question ouverte permettant d'évaluer pourquoi les femmes n'ont pas fait part de leurs réticences, la moitié évoque une notion de nécessité et de confiance envers les professionnels. 20% disent penser au bien-être fœtal avant tout et 20% avouent ne pas y avoir pensé.

On s'intéresse désormais au déroulement de l'épisiotomie. 75% des patientes on répondu non à la question « vous a t-on prévenue que l'on vous faisait une épisiotomie au moment de sa réalisation ».

Par ailleurs, à la question ouverte permettant d'évaluer le sentiment ressenti à l'annonce de la réalisation de l'épisiotomie, un quart des patientes disent avoir été déçues, 17% disent ne pas avoir été étonnées.

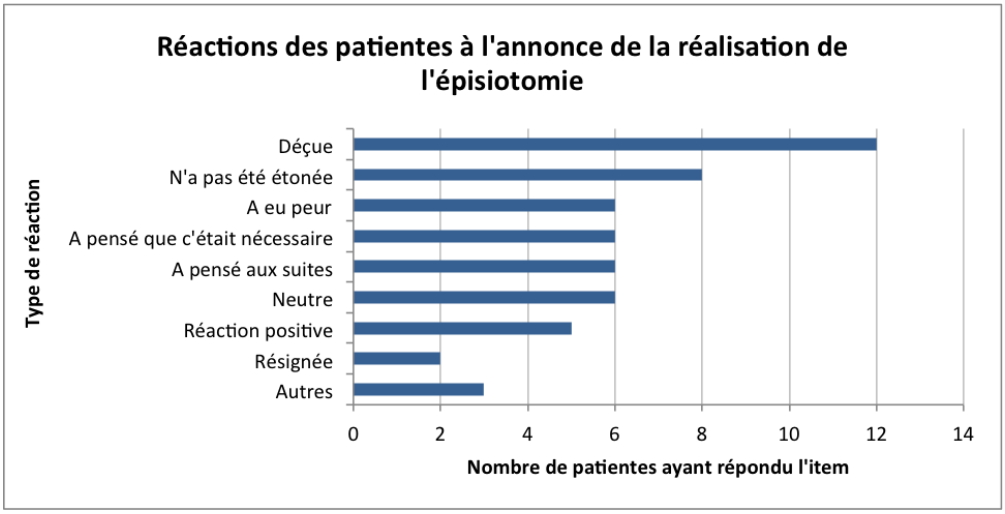


Figure 9: Réactions des patientes à l'annonce de la réalisation de l'épisiotomie

68% de l'échantillon dit avoir eu des explications quant à la réalisation de l'épisiotomie. Pour 60% des patientes, ces explications concernent une aide au passage du nouveau-né (bébé trop gros, bassin trop étroit, faciliter la sortie). 18% évoquent un risque de déchirure et 11% une souffrance fœtale.

Malgré tout, 86% des femmes estiment que la suture de leur épisiotomie s'est bien déroulée.

Enfin, à la question « que représente pour vous l'épisiotomie ? » les femmes ont répondu à 76% « douleur », à 76% « accouchement », à 32% « cicatrice », à 12% « mutilation » et à 3% « regret ».

3.3 Évaluation de l'impact de l'épisiotomie sur le quotidien des femmes

3.3.1 En post-partum immédiat

En suite de couches, 54% des femmes rencontrent des difficultés en lien avec leur épisiotomie. Ces dernières se sentent diminuées pour réaliser des tâches quotidiennes telles que marcher, s'asseoir, s'accroupir, porter des charges, aller aux toilettes. Par ailleurs, 10% estiment ne pas être en mesure de s'occuper de leur enfant comme elles le souhaiteraient et décrivent rencontrer des difficultés aux changement de position avec le nouveau-né dans les bras.

Par ailleurs, 48% estiment avoir une douleur légère (EVA 1-3), 36% estiment avoir une douleur modérée (EVA 4-6) et 16% estiment avoir une douleur élevée (EVA 7-10).

En suites de couches, 22% des femmes appréhendent le retour au domicile. Parmi ces dernières, 27% attribuent cette appréhension à l'épisiotomie.

Indépendamment du retour au domicile une majorité de femmes (52%) déclarent que l'épisiotomie pourrait les empêcher de réaliser certaines activités du quotidien. La question ouverte permettant d'évaluer ce dernier point a mis en évidence que la principale activité du quotidien impactée par l'épisiotomie serait la pratique du sport. S'en suivent la position assise prolongée et les taches ménagères.

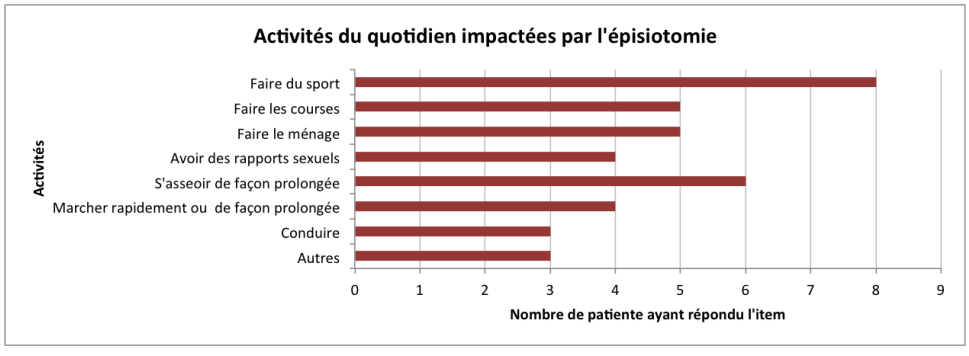


Figure 10: Activités du quotidien impactées par l'épisiotomie

Enfin, 18% des femmes déclarent ne pas avoir eu d'informations au sujet de leur épisiotomie pendant leur séjour en maternité. Parmi elles, 55% le regrettent.

Globalement, 22% de l'échantillon aurait aimé avoir plus d'informations.

3.3.2 À trois mois

L'analyse des résultats à 3 mois se fait sur un échantillon de 48 patientes, 2 ayant été perdues de vue depuis le dernier questionnaire.

Le retour au domicile et l'arrivée du nouveau-né se sont bien déroulés pour la totalité des patientes de l'échantillon. Cependant 33% déclarent avoir rencontré des difficultés majeures au cours des 3 derniers mois. A la question ouverte permettant d'analyser ces difficultés, les réponses concernent des difficultés à l'allaitement ou des difficultés de mobilité liées à l'épisiotomie. Par ailleurs, deux patientes (12%) parmi celles ayant eu des difficultés évoquent un baby blues et une dépression post-natale diagnostiquée.

Trois mois après l'accouchement, 20% des femmes estiment que l'épisiotomie les empêche de réaliser certaines tâches pratiquées avant l'accouchement, en particulier le sport et les rapports sexuels. Parmi elles, une patiente estime que l'épisiotomie l'empêche de s'occuper de son enfant comme elle le souhaite.

L'épisiotomie est toujours douloureuse pour 25% des femmes : 75% déclarent avoir une douleur légère (EVA 1-3) et 25% déclarent avoir une douleur modérée (EVA 4-6).

Enfin, 25% des femmes ressentent le besoin de parler de leur épisiotomie avec un professionnel de santé. Les points qu'elles souhaitent évoquer sont la reprise des rapports sexuels (30%), la douleur toujours persistante (8%) et le visuel de la cicatrice (30%).

3.3.3 À six mois

L'analyse des résultats à 6 mois se fait sur un échantillon de 43 patientes, 5 ayant été perdues de vue depuis le dernier questionnaire.

Le contexte à 6 mois est favorable pour la totalité des patientes.

Toutes les femmes peuvent réaliser les tâches qu'elles faisaient avant l'accouchement à l'exception d'une patiente (2%) qui déclare ne pas pouvoir courir à cause de son épisiotomie.

L'épisiotomie est toujours douloureuse pour 11,6% des femmes et concerne une douleur légère (EVA 1-3).

Enfin, 9% des femmes souhaitent parler de leur épisiotomie avec un professionnel de santé. Les points qu'elles souhaitent aborder sont les même qu'à 3 mois à savoir la reprise des rapports sexuels, la douleur toujours persistante et le visuel de la cicatrice.

Le vécu global sur les 6 mois suivants l'accouchement a été évalué et est relativement positif : 34,9% des patientes qualifient leur vécu global de moyen, 30,2% le qualifient de bon et 20,9% d'excellent. Ainsi 13,9% ont répondu « atroce » ou « mauvais ».

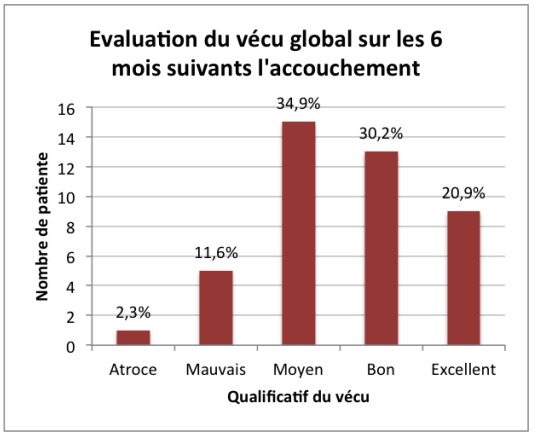


Figure 11: Évaluation du vécu global sur les 6 mois suivants l'accouchement

3.4 Évaluation de l'impact de l'épisiotomie sur la sexualité

3.4.1 En post-partum immédiat

En suite de couches, la majorité des femmes (58%) envisagent la reprise des rapports sexuels dans le trimestre ou dans le mois suivant l'accouchement (22%).

22% des patientes pensent avoir autant de désir par rapport à avant l'accouchement, 12% moins de désir. 64% n'y ont pas pensé.

Concernant la fréquence des rapports sexuels, 36% des patientes pensent avoir autant de rapports sexuels qu'avant l'accouchement, 14% moins de rapports. 44% n'y ont pas pensé.

Il existe une corrélation entre épisiotomie et appréhensions quant à la reprise des rapports sexuels : 64% des patientes appréhendent la reprise des rapports sexuels. Parmi elles, 84% estiment que cela est lié à l'épisiotomie.

3.4.2 À trois mois

87% des patientes ont repris les rapports sexuels. Pour la majorité, la reprise a eu lieu récemment ou dans le mois suivant l'accouchement. Parmi celles qui n'ont pas repris les rapports sexuels, la moitié pensent que cela est lié à l'épisiotomie.

Globalement, les patientes disent avoir autant de désir (49%) ou moins de désir (29%) qu'avant l'accouchement et moins de rapports (47%) ou autant de rapports (33%) qu'avant l'accouchement.

À trois mois, la moitié de l'échantillon ressent des douleurs au moment des rapports sexuels. Selon 83% de ces patientes, cela est du à l'épisiotomie. Par ailleurs, 37% de l'échantillon observe des changements de sensations au moment des rapports sexuels par rapport à avant l'accouchement et la moitié de l'échantillon estime que la qualité de leurs rapports sexuels est différente par rapport à avant

l'accouchement. Respectivement, 72% et 65% attribuent ces modifications à l'épisiotomie.

Enfin, une femme sur cinq éprouve le besoin de parler de sa sexualité avec un professionnel.

3.4.3 À six mois

Une seule patiente n'a pas repris les rapports sexuels et n'appréhende pas la reprise des rapports.

Par comparaison avec le deuxième questionnaire, la majorité des femmes estiment avoir moins de désir qu'avant l'accouchement (55%) ou autant de désir (39%). Cependant, 66% des femmes disent avoir moins de rapports qu'avant l'accouchement.

Globalement, les femmes ressentent moins de douleurs au moment des rapports sexuels (39% versus 50% à trois mois) et 32% de ces femmes estiment que cela est du à l'épisiotomie.

À six mois, 57% de l'échantillon observe des changements de sensations au moment des rapports sexuels par rapport à avant l'accouchement et la même proportion estime que la qualité de leurs rapports sexuels est différente par rapport à avant l'accouchement. La moitié de ces patientes estime que cela est du à l'épisiotomie, l'autre moitié estime que cela est lié à la fatigue, à un périnée pas assez musclé ou encore à une appropriation différente du corps.

De même, 60% des patientes estiment ne pas avoir retrouvé leur sexualité d'avant l'accouchement mais 88% d'entre elles ne l'attribuent pas à l'épisiotomie. En effet, quasiment toutes les patientes l'octroient à la fatigue et à leur rythme de vie.

À 6 mois, l'impact de l'épisiotomie sur la sexualité a été évalué. Ainsi, 55% de l'échantillon estiment que l'épisiotomie a eu un petit impact sur leur sexualité et 32% estiment qu'elle n'a eu aucun impact.

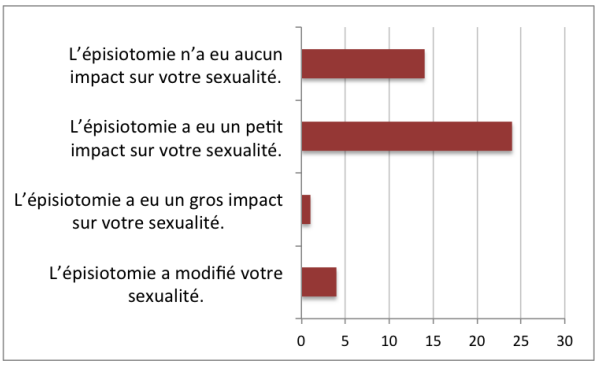


Figure 12: Impact de l'épisiotomie sur la sexualité des femmes

Enfin, 10% des femmes souhaitent aborder leur sexualité avec un professionnel.

3.5 Évolution du vécu dans le temps

L'évolution des différents vécus s'est fait uniquement sur l'échantillon final de 43 patientes.

3.5.1 Évolution de la douleur

Les patientes trouvent leur épisiotomie de moins en moins douloureuse au cours du temps.

En effet, seules 7 patientes en post-partum immédiat cotent leur EVA à « 0 » contre 33 à 3 mois et 38 à 6 mois, témoignant d'une bonne résolution.

De même, les catégories de douleurs observées évoluent positivement : en post-partum immédiat, les douleurs légères, modérées et sévères sont cotées. À trois mois, les patientes évaluent leur douleur comme légère ou modérée. Enfin, à six mois, il ne persiste plus que des douleurs légères.

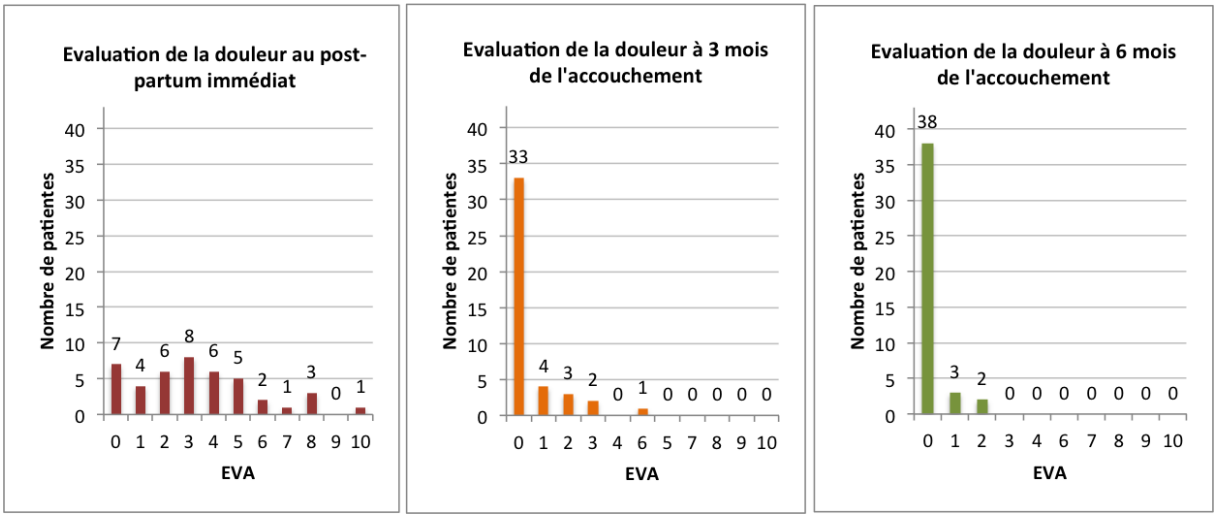


Figure 13: Évolution de la douleur liée à l'épisiotomie au cours des 6 mois

3.5.2 Évolution du vécu moral

Le vécu moral s'améliore au cours des 6 mois. Concernant les extrêmes négatifs des réponses données, il apparaît que les patientes qui ont répondu « atroce » à 6 mois avaient déjà répondu « atroce » en post-partum immédiat et à 3 mois.

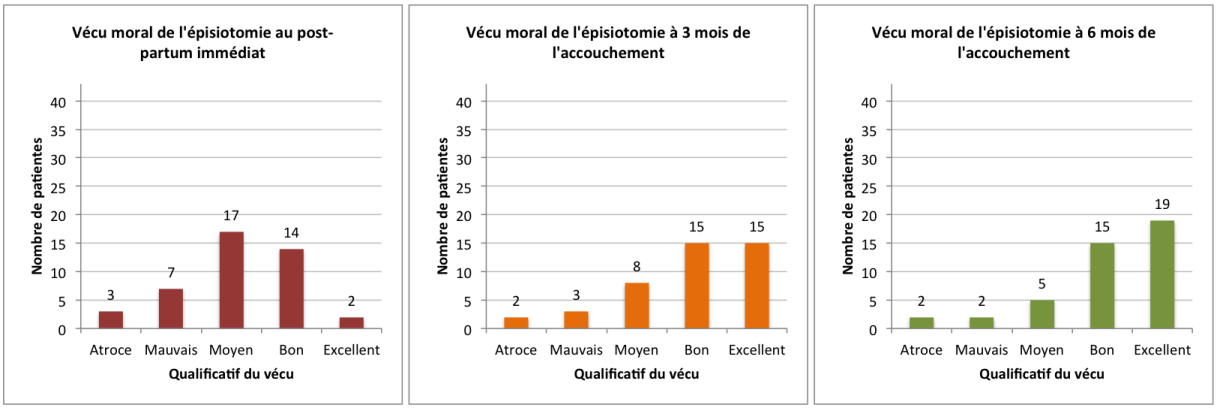


Figure 14: Évolution du vécu moral de l'épisiotomie au cours des 6 mois

3.5.3 Évolution du vécu physique

Le vécu physique s'améliore au cours des 6 mois. Concernant les extrêmes négatifs des réponses données, il apparaît que la patiente qui a répondu « atroce » à 6 mois avait déjà répondu « atroce » en post-partum immédiat et à 3 mois. De même, elle a répondu « atroce » aux trois temps du vécu moral.

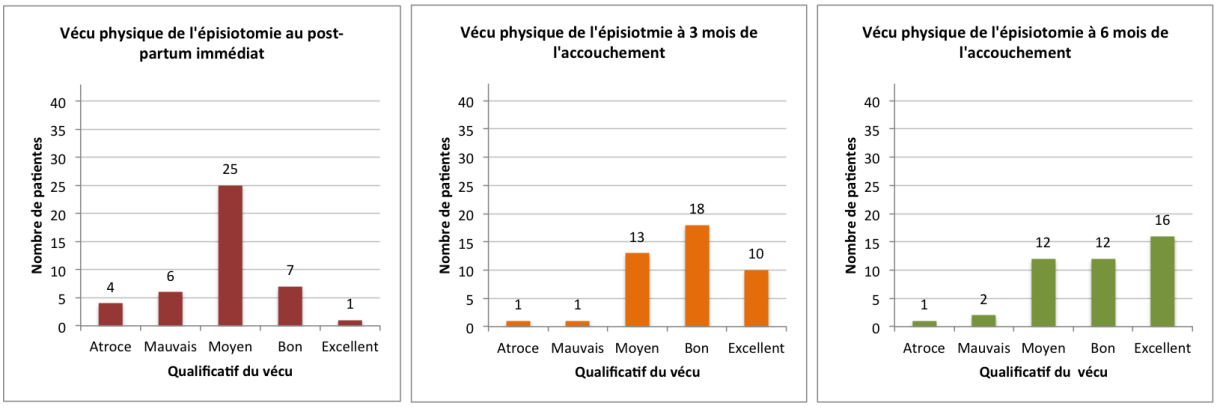


Figure 15: Évolution du vécu physique de l'épisiotomie au cours des 6 mois

3.6 Impact de l'épisiotomie sur le désir d'une grossesse future

La moitié des patientes appréhende le fait d'avoir à nouveau une épisiotomie. Ces craintes concernent essentiellement la douleur ressentie et la peur de la ressentir à nouveau. D'autres s'inquiètent de la présence d'une deuxième cicatrice sur la première. Enfin, certaines appréhendent de nouvelles difficultés avec les rapports sexuels.

Cependant, trois patientes (7%) estiment que le vécu qu'elles ont de leur épisiotomie peut avoir un impact dans le désir d'une grossesse future. Parmi ces patientes, deux ne souhaitent plus vivre de grossesse à cause de l'épisiotomie. La troisième souhaite reporter son désir de grossesse à plus tard.

4 Discussion

Le présent travail s'intéresse à l'impact qu'a l'épisiotomie sur le quotidien des femmes et était conditionné par trois hypothèses :

- les femmes ont un vécu traumatique de leur épisiotomie
- ce mauvais vécu perdure dans le temps
- ce vécu a un impact dans le désir d'une grossesse ultérieure.

Les principaux résultats permettant de répondre à ces hypothèses montrent que le vécu en post-partum immédiat est mauvais sur le plan physique pour 80% des femmes et sur le plan moral pour 62% des femmes. A trois mois, il concerne respectivement 34% et 30% des femmes. Enfin, à 6 mois, il concerne 6% et 9% des femmes.

Au sujet de l'impact sur le désir d'une grossesse future, 7% des patientes estiment que l'épisiotomie a eu un impact sur leur désir de grossesse future.

Les deux premières hypothèses sont liées : dans cette étude, le vécu apparaît comme une association de facteurs incluant le vécu moral, le vécu physique, la douleur associée à l'épisiotomie et l'impact de cette dernière sur le quotidien des femmes.

Compte tenu des résultats, une réponse à la première hypothèse est difficilement généralisable à un vécu global de l'épisiotomie. Mais, pris à un instant « t », cette hypothèse est confirmée pour le vécu immédiat de l'épisiotomie et infirmée pour les vécus à 3 et 6 mois. Cela rejoint la réponse à la deuxième hypothèse qui se voit infirmée : le vécu de l'épisiotomie évolue favorablement dans le temps.

Enfin, la dernière hypothèse est infirmée pour la majorité de l'échantillon. En effet, seuls 7% des patientes estiment que le vécu de leur épisiotomie a un impact sur le désir d'une grossesse future.

4.1 Points forts et limites de l'étude

4.1.1 Limites de l'étude

4.1.1.1 Biais

Le recueil de données par questionnaire est à l'origine de biais inévitables. Tout d'abord, les réponses données par les patientes sont subjectives et il n'existe aucune façon de vérifier leur véracité.

De plus, afin de répondre aux questionnaires, ont été exclues de l'étude les femmes ne comprenant pas bien le français ce qui est à l'origine d'un biais de sélection.

Par ailleurs, des questions concernent l'intimité des patientes notamment les questions sur la sexualité, sur la représentation du sexe de la femme ou de l'épisiotomie. Ces questions peuvent être qualifiées de gênantes par certaines patientes et donner lieu à des réponses biaisées. Ce point est d'autant plus important que les questionnaires ne sont pas anonymes. En effet, en vue d'être recontactées, les femmes communiquaient leur nom, prénom et coordonnées afin de donner leur consentement.

Ensuite, il existe un biais de sélection induit par le volontariat. Répondre à un questionnaire implique souvent d'être à l'aise avec le sujet qui fait l'objet de l'étude. On peut alors aisément supposer que les femmes qui ont choisi de participer à cette étude n'avaient pas de difficultés pour parler de leur épisiotomie ou que le sujet suscitait un intérêt chez elles.

Dans le cadre de cette étude menée sur 6 mois, il existe un biais de sélection du fait des patientes perdues de vue. En effet, malgré les relances, sur les 50 patientes initiales, deux n'ont pas répondu au questionnaire à trois mois et 5 à celui de six mois.

Il existe également des biais dans la formulation des questions notamment sur celles visant à définir le contexte de l'accouchement, des termes médicaux ont été employés. Ainsi à la question « Avez-vous eu une analgésie péridurale ? » deux patientes ont répondu par un point d'interrogation laissant supposer qu'elles n'ont pas compris la question. Cela laisse entendre que la question a pu ne pas être claire pour d'autres patientes qui, elles, ont répondu de façon biaisée.

De même, aux questions demandant aux patientes si elles ont eu ou non une ventouse ou des forceps, on peut supposer que certaines d'entre elles ne savent pas faire la différence ou qu'elles ne savent pas répondre correctement à la question.

Il semblerait également que le terme « appréhension » n'ait pas été compris par certaines femmes qui ont répondu de façon inexploitable. Cela suggère que les réponses aux questions « Aviez-vous des appréhension quant à cet accouchement ?», « Appréhendez-vous le retour à la maison ? » et « Appréhendez-vous la reprise des rapports sexuels ? » ont pu faire l'objet d'un biais.

Toujours concernant la formulation des questions, l'échelle permettant d'évaluer les vécus physiques et moraux de l'accouchement et de l'épisiotomie ont été évalués selon 5 critères, soit un nombre impair. Cela crée un biais dans le choix décisionnel des patientes. En effet, des patientes incertaines auront tendance à répondre le choix médian, plus neutre, plutôt que de prendre parti. De même ces questions ont été posées à la suite les unes des autres et ont pu faire l'objet de l'effet Halo : les patientes ayant répondu au vécu physique auront tendance à répondre la même chose au vécu moral.

Par ailleurs, pour les questions visant à évaluer la représentation de l'épisiotomie, des items ont été proposés. Ces derniers sont les suivants : « cicatrice », « douleur », « accouchement », « regret » ou « mutilation ». Sur les 5

propositions, 4 sont négatives et une est plutôt neutre (« accouchement ») ce qui a biaisé la réponse des patientes qui auraient souhaité mentionner quelque chose de positif.

Enfin, les résultats globaux ont pu être biaisé par l'effet Hawthorne : les patientes sachant que l'on s'intéresse à leur vécu, celui-ci serait meilleur.

4.1.1.2 Caractéristiques de l'échantillon

Les résultats obtenus ont permis de dégager une tendance statistique mais ne sont pas généralisables en raison du nombre réduit de participantes. Cependant, ils permettent d'apporter des informations intéressantes sur le vécu de l'épisiotomie au cours des 6 mois de post-partum.

En analysant les réponses qui concernent la profession des femmes participant à l'étude, il apparaît que 18% d'entre elles exercent une profession médicale ou paramédicale. De fait, leur ressenti est biaisé par rapport à la population générale. En effet, ces patientes ont déjà des connaissances sur l'épisiotomie et n'appréhendent donc pas les choses de la même façon. Aussi, leur rapport à l'épisiotomie est plus médicalisé pour la réalisation du geste et dans les soins à apporter en suite de couches.

4.1.1.3 Variables non évaluées

Trois variables n'ont pas été évaluées et auraient pu avoir un intérêt dans le recoupement des résultats.

Le déroulement de la grossesse n'a pas été pris en compte, or il a été montré qu'un mauvais déroulement de la grossesse influe sur le déroulement de l'accouchement et sur son vécu[29].

L'allaitement n'a pas été évalué or on sait que l'allaitement maternel est significativement responsable d'une reprise des rapports sexuels retardée[20].

Enfin, le soutien des femmes en suite de couches par des réseaux tels que la PMI n'a pas été apprécié. Il aurait été intéressant de voir si les femmes ayant un mauvais vécu avaient une écoute disponible et régulière.

Initialement, ces variables n'ont pas été intégrées aux questionnaires car leur lien direct avec le vécu de l'épisiotomie ne semblait pas évident. Ce n'est qu'après analyse des résultats que ces paramètres sont apparus intéressants dans l'appréciation du contexte de l'accouchement et de la vie post-natale.

4.1.1.4 Forces de l'étude

Une des forces principales de cette étude est que très peu de travaux se sont intéressés à l'expérience et au vécu des femmes vis-à-vis de l'épisiotomie.

Les études ou enquêtes qui ont été menées s'intéressent à la relation entre dyspareunies et épisiotomie et vont jusqu'à 3 mois de post-partum tandis que cette étude s'intéresse au vécu global de l'épisiotomie, à son impact sur le quotidien des femmes et prolonge cette évaluation jusqu'à 6 mois de post-partum.

La seconde force de cette étude réside en son très bon suivi des patientes à 6 mois de l'accouchement. En effet, 96% des patientes initiales ont répondu au deuxième questionnaire et 86% à 6 mois.

Enfin, les questionnaires étaient constitués de nombreuses questions ouvertes permettant d'approfondir beaucoup d'aspects du vécu.

4.2 Facteurs prédictifs d'un mauvais vécu de l'épisiotomie

On définit comme mauvais vécu de l'épisiotomie, un vécu qui est compris entre « atroce » et « mauvais » inclus sur le plan moral et physique. On s'intéresse au panel final de 43 patientes.

En suite de couches, ce mauvais vécu concerne 63% des patientes. À trois mois, il concerne 20% des patientes et à six mois 16%.

4.2.1 Antérieurs à l'accouchement

En suite de couches, 74% des patientes qui ont un mauvais vécu de leur épisiotomie avaient des appréhensions quant à l'accouchement. Mais paradoxalement, toutes les patientes qui ont un bon vécu de leur épisiotomie avaient des appréhensions quant à l'accouchement. On ne peut pas associer directement les appréhensions liées à l'accouchement et le mauvais vécu des femmes. En revanche, on peut supposer que les femmes qui avaient des appréhensions quant à leur accouchement et qui ont un mauvais vécu de leur épisiotomie n'ont pas surmonté leurs angoisses et qu'elles se manifestent dans un vécu immédiat négatif.

4.2.2 Liés au contexte de l'accouchement

On caractérise un mauvais vécu de l'accouchement de la même façon qu'un mauvais vécu de l'épisiotomie (vécus physique et moral de l'accouchement compris entre « atroce » et « moyen » inclus).

Il apparaît que pour la moitié des patientes qui ont un mauvais vécu de leur épisiotomie en suite de couches, ces dernières avaient également un mauvais vécu de leur accouchement. En revanche, cela n'est plus vrai à distance de leur accouchement. Ce premier résultat laisse supposer que le vécu immédiat de l'épisiotomie s'inscrit dans un contexte global de vécu de l'accouchement : les patientes associent l'épisiotomie à leur accouchement qui s'est mal déroulé, comme une « séquelle ».

Par ailleurs, 6 femmes (14%) avaient mentionné le terme de « mutilation » dans les propositions de ce que représentait l'épisiotomie pour elles. En post-partum immédiat, 5 de ces femmes (83%) ont un mauvais vécu de leur accouchement. On peut alors supposer que certaines femmes qui ont un mauvais vécu de leur

épisiotomie, associent cet acte à une mutilation de leur corps ce qui va de pair avec une expérience négative.

4.2.3 Liés aux suite de couches

Toutes les patientes qui ont une douleur élevée en suite de couches (EVA 7-10) ont un mauvais vécu de leur épisiotomie, 60% de celles qui ont une douleur modérée (EVA 4-6) et la moitié de celles ayant une douleur légère (EVA 1-3) ont un mauvais vécu. Il semblerait donc que plus la douleur est intense en suite de couche et plus les femmes ont un mauvais vécu de leur épisiotomie. Ces résultats sont intéressants car la prise en charge de la douleur peut être améliorée : prescription d'antalgiques systématiques plus précoce, meilleure observance, utilisation plus large des anti-inflammatoires non stéroïdiens[30].

Par ailleurs, 42% des femmes qui ont un mauvais vécu disent ne pas pouvoir réaliser toutes les tâches qu'elles souhaiteraient en suite de couches. On peut aisément supposer que certaines femmes qui se sentent diminuées physiquement par leur épisiotomie le vivent mal.

De même, 77% des femmes qui n'ont pas eu d'informations concernant leur épisiotomie en suite de couches ont un mauvais vécu de leur épisiotomie. On peut supposer que ce manque d'information et ce manque d'échange les a empêché d'extérioriser cette expérience négative.

4.2.4 Liés à la vie post-natale

A trois mois, 40% des patientes qui ont toujours des douleurs liées à l'épisiotomie ont un mauvais vécu. Ce rapprochement n'est plus faisable à 6 mois car 70% des femmes qui ont un mauvais vécu n'ont plus mal.

A six mois, moins de femmes ont mentionné le terme de « mutilation » dans leur représentation de l'épisiotomie : seulement 2 patientes (4,6%) le mentionnent et

elles ont un mauvais vécu. De même qu'en suite de couche, il semblerait que cette représentation de l'épisiotomie soit associée à une mauvaise expérience.

On s'intéresse désormais au soutien et à l'écoute dont bénéficient les femmes en post-natal : a trois mois, six femmes (14%) ont besoin de parler de leur sexualité, 4 d'entre elles (66%) ont un mauvais vécu. Par ailleurs, 9 patientes (20%) ont besoin de parler de leur épisiotomie et 7 d'entre elles (77%) ont un mauvais vécu.

Au cours de la vie post-natale, le mauvais vécu est influencé par les douleurs, la représentation péjorative de l'épisiotomie pour la femme et le soutien apporté à ces femmes. La prise en charge de la douleur semble plus compliquée à distance de l'accouchement car les femmes ne sont plus dans un cadre hospitalier. Afin d'améliorer cette prise en charge de la douleur, il apparaît qu'une prévention dès les suites de couches est intéressante. Les sages-femmes pourraient alors sensibiliser les femmes à l'intérêt de venir consulter si les douleurs persistent à distance de l'accouchement malgré les antalgiques. De même, elles pourraient orienter les femmes vers les réseaux tels que la PMI en les informant qu'une équipe pluridisciplinaire est à leur écoute.

4.3 Rôle de la sage-femme dans le vécu de l'épisiotomie

La sage-femme a un rôle important dans le vécu de l'épisiotomie. En effet, elle peut agir à différentes étapes.

En pré-partum, au moment du suivi de la grossesse ou des cours de préparation à l'accouchement.

En salle de naissances, en écoutant les réticences des femmes, en recueillant leur consentement à avoir une épisiotomie ou encore en expliquant les causes de sa réalisation.

En suite de couches, elle participe aux soins et aux informations délivrées aux patientes, elle conforte les femmes au sujet de leur sexualité et répond à leurs éventuelles questions.

Enfin, en post-natal, la sage-femme est une personne clé pour écouter les femmes qui ont des difficultés avec leur épisiotomie sur le long cours grâce à la rééducation du périnée et la visite post-natale.

4.3.1 En pré-partum

38 femmes (88%) ont eu des cours de préparation à l'accouchement mais seulement 12 (31%) ont su ce qu'était une épisiotomie à cette occasion et 10 (26%) ont eu l'information par une sage-femme.

Autrement dit, 43% des femmes qui savaient ce qu'était une épisiotomie l'ont su par leur entourage ou par leurs propres recherches.

On se demande alors si l'épisiotomie devrait être abordée systématiquement lors des cours de préparation à l'accouchement ou si les sages-femmes doivent l'évoquer à un moment du suivi de la grossesse afin de préparer les patientes à l'‘éventualité d'en avoir une.

4.3.2 En salle de naissances

Toutes les patientes du panel final se sont senties accompagnées par l'équipe médicale au cours de leur accouchement.

Cependant, 9 patientes (20%) disent avoir été prévenues au moment de la réalisation de l'épisiotomie. La formulation de la question ne permettait pas d'évaluer s'il s'agissait d'une demande de consentement mais nous pouvons mettre ce résultat avec relation avec l'enquête du CIANE qui montre que 85% des épisiotomies se font sans le consentement des patientes[18].

5 patientes (12%) disent avoir souffert pendant la suture de l'épisiotomie en raison d'un défaut d'anesthésie et 13 patientes (30%) n'ont eu aucune information concernant les causes de réalisation de l'épisiotomie.

Encore une fois, le défaut d'information apparaît, tant sur le moment de la réalisation de l'épisiotomie que sur les explications données. Il serait intéressant de sensibiliser les équipes à un temps de discussion, même court, destiné à expliquer pourquoi une épisiotomie a été réalisée, en prenant en compte le fait que les professionnels doivent s'adapter à toutes sortes de situations d'urgence en salle de naissances et qu'ils doivent répondre à de nombreuses autres obligations.

L'axe du consentement, bien que non réellement mis en avant dans cette étude, semble également à améliorer.

Par ailleurs, la prise en charge de la douleur au moment de la suture peut être améliorée : l'infiltration locale de ropivacaïne permet de réduire les douleurs immédiates et pendant les premières 24 heures de post-partum[31].

4.3.3 En suite de couches

8 patientes (18%) disent n'avoir eu aucune information sur leur épisiotomie au cours de leur séjour en maternité. Parmi ces 8 patientes, 2 n'en avait déjà pas eu au moment de l'accouchement.

10 femmes (23%) auraient aimé avoir plus d'informations au sujet de leur épisiotomie, en particulier sur la cicatrisation.

Le manque d'information apparaît une nouvelle fois dans la prise en charge des femmes. Les sages-femmes devraient aborder systématiquement le sujet de l'épisiotomie en suite de couches et elles devraient systématiquement laisser une ouverture pour les questions des femmes. Ce point semble être très important à améliorer car le mauvais vécu est lié à ce défaut d'information.

Comme évoqué précédemment, la sage-femme, dans les conseils et informations qu'elle délivre, joue un rôle préventif majeur dans l'amélioration du vécu de l'épisiotomie. En effet, c'est dans le service de suite de couches qu'elle peut conseiller et orienter les patientes pour leur vie post-natale : orienter vers la PMI, informer sur l'importance d'aller consulter si les douleurs persistent.

4.3.4 En post-natal

Il a été montré précédemment qu'en post-natal, les femmes avaient besoin de parler de leur épisiotomie et de leur sexualité avec un professionnel. Ce besoin était associé à un mauvais vécu de l'épisiotomie.

En effet, à trois mois, 9 femmes (20%) ressentent le besoin de parler de leur épisiotomie avec un professionnel et six femmes (14%) éprouvent aussi le besoin de parler de leur sexualité.

A six mois, quatre patientes (9%) souhaitent parler de leur épisiotomie et trois d'entre elles (75%) avaient déjà ce besoin 3 mois auparavant.

De même, 4 patientes (9%) ressentent le besoin de parler de leur sexualité avec un professionnel. La moitié avait déjà ce besoin 3 mois auparavant.

Paradoxalement, il est intéressant de voir que sur ces patientes qui souhaitent parler de leur épisiotomie et de leur sexualité, 83% ont fait la rééducation du périnée ce qui aurait pu être un temps d'échange pour elles.

Le rôle de la sage-femme est primordial pour ces femmes qui ressentent le besoin d'échanger sur leur épisiotomie. En plus de la rééducation du périnée, elle peut proposer un temps d'échange à ce sujet au moment de la visite post-natale ou au cours du suivi gynécologique de prévention.

Conclusion

Dans un contexte où les recommandations du CNGOF de 2005 cherchent à faire diminuer le nombre d'épisiotomies en dessous d'un taux global de 30%, on s'intéresse à l'impact que ce geste a sur le quotidien des femmes, au vécu qu'elles en ont et aux conséquences de l'épisiotomie dans le désir d'une grossesse future.

Mis à part l'enquête du CIANE, peu de travaux se sont intéressés à cette expérience des femmes.

Cette étude met en évidence que les femmes ont un mauvais vécu de leur épisiotomie en post-partum immédiat mais qu'il s'améliore au fil du temps.

Les facteurs prédictifs de ce vécu ne peuvent pas être établis avec certitude car la complexité psychologique de chaque femme entre en jeu. Cependant, certains facteurs ressortent comme étant liés à un mauvais vécu tels que les appréhensions liées à l'accouchement, le vécu de l'accouchement, la douleur en suite de couche et le manque d'information. Il est intéressant de voir que ces facteurs peuvent être améliorés : rassurer la patiente, lui expliquer ce qu'est une épisiotomie et pourquoi elle a été faite, améliorer la prise en charge de la douleur de l'épisiotomie en suite de couches, encourager la reprise de la sexualité, accompagner les patientes dans leur vie post-natale et aborder la question de la sexualité.

Il apparaît qu'à différents moments, les patientes ont souffert d'un manque d'information concernant leur épisiotomie. La sage-femme tient un rôle majeur dans l'amélioration de ce vécu car elle peut agir à toutes les étapes clés de la maternité et de la parentalité : au moment du suivi de la grossesse, pendant les cours de préparation à l'accouchement, dans le déroulement de l'accouchement et de l'épisiotomie, dans ses explications, dans ses réponses et ses encouragement à la fois en suite de couches mais également après avec la visite post-natale, au moment de la rééducation du périnée et pendant le suivi gynécologique.

Par ailleurs, l'enquête menée a permis de montrer que le vécu de l'épisiotomie, n'a pas de conséquences majeures dans le désir d'une grossesse future à l'exception de 7% des femmes. Ces dernières ne doivent pas être négligées et doivent être encadrées. Il est important de les identifier et de les orienter vers un professionnel spécialisé qui pourra les aider.

Bibliographie

1. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cité 23 avr 2015]. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000081.pub2

2. Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. BJOG Int J Obstet Gynaecol. avr 2012;119(5):522‑6.

3. Fodstad K, Laine K, Staff AC. Different episiotomy techniques, postpartum perineal pain, and blood loss: an observational study. Int Urogynecology J. mai 2013;24(5):865‑72.

4. Kalis V, Stepan J, Horak M, Roztocil A, Kralickova M, Rokyta Z. Definitions of mediolateral episiotomy in Europe. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. févr 2008;100(2):188‑9.

5. Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. BJOG Int J Obstet Gynaecol. déc 2003;110(12):1041‑4.

6. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie. 2005.

7. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery. Int Urogynecology J. 2014;(12):1629.

8. Scott JR. Episiotomy and vaginal trauma. Obstet Gynecol Clin North Am. juin 2005;32(2):307‑21, x.

9. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 23 avr 2015]. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000947.pub3

10. Kokanalı D, Ugur M, Kuntay Kokanalı M, Karayalcın R, Tonguc E. Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial. Arch Gynecol Obstet. août 2011;284(2):275‑80.

11. Ould F. A Treatise of Midwifery. 1767. 252 p.

12. DeLee JB. The prophylactic forceps operation. Am J Obstet Gynecol. 1 juill 2002;187(1):254‑ 5.

13. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv. juin 1983;38(6):322‑ 38.

14. X. F, A. P, S. B, G. M. Pour ou contre l'épisiotomie ? Gynécologie Obstétrique Fertil. sept 2001;29(9):632‑ 5.

15. Koskas M, Caillod A-L, Fauconnier A, Bader G. Article original: Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Étude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie vaginale. Matern Neonatal Consequences Induc Fr Recomm Episiotomy Pract Monocentric Study 5409 Vaginal Deliv Engl. 1 sept 2009;37:697‑ 702.

16. Azuar A s., Vendittelli F, Tergny E, Savary D, Accoceberry M, Jacquetin B, et al. Article original: Politique restrictive d'épisiotomie au sein d'un service : un exemple d'évaluation des pratiques professionnelles. Policy Sel Episiotomy Ward Ex Med Prof Assess Engl. 1 janv 2013;41:10‑ 5.

17. Reinbold D, Éboue C, Morello R, Lamendour N, Herlicoviez M, Dreyfus M. Travail original: De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie. Impact Fr Guidel Reduce Episiotomys Rate Engl. 1 févr 2012;41:62‑ 8.

18. Ciane. Etat des lieux et vécu des femmes. 2013.

19. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia--a prospective study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. avr 2008;137(2):152‑ 6.

20. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med. août 2010;7(8):2782‑ 90.

21. Colson M-H. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. Gynécologie Obstétrique Fertil. oct 2014;42(10):714‑ 20.

22. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. BJOG Int J Obstet Gynaecol. oct 2000;107(10):1194‑ 201.

23. Langer B, Minetti A. Recommandations pour la pratique clinique - L'épisiotomie: Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. Early Late Complicat Episiotomy Engl. 1 janv 2006;35(Supplement 1):59‑ 67.

24. Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. Gynecol Obstet Invest. 2008;66(1):1‑ 7.

25. Fauconnier A, Goltzene A, Issartel F, Janse-Marec J, Blondel B, Fritel X. Late post-partum dyspareunia: does delivery play a role? Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol. avr 2012;22(4):225‑ 32.

26. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth Berkeley Calif. mars 2003;30(1):36‑ 46.

27. Nicholls K, Ayers S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. Br J Health Psychol. nov 2007;12(Pt 4):491‑ 509.

28. Montmasson H, Bertrand P, Perrotin F, El-Hage W. Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. oct 2012;41(6):553‑ 60.

29. Overgaard C, Fenger-Grøn M, Sandall J. The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. Soc Sci Med. avr 2012;74(7):973‑ 81.

30. Urion L, Bayoumeu F, Jandard C, Fontaine B, Bouaziz H. Programme d'assurance qualité pour la prise en charge de la douleur après lésions périnéales obstétricales. Ann Fr Anesth Réanimation. nov 2004;23(11):1050‑ 6.

31. Sillou S, Carbonnel M, N'Doko S, Dhonneur G, Uzan M, Poncelet C. Travail original: Douleur périnéale du post-partum : intérêt de l'infiltration locale de ropivacaïne. Postpartum Perineal Pain Eff Local Ropivacaine Infiltration Engl. 1 janv 2009;38:510‑ 5.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Annexes

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Annexe I : Formulaire de consentement

Madame,

Etudiante sage-femme en 4ème année, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'épisiotomie chez les femmes venant d'en avoir une pour la première fois.
Ce mémoire a pour but d'évaluer l'impact qu'a l'épisiotomie dans la vie des femmes du post-partum immédiat jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

L'étude que je réalise se déroule en 3 étapes : le questionnaire que l'on vous remet actuellement qui correspond au plus grand recueil de données et deux prises de contact, plus brèves, qui seront réalisées dans 3 mois et 6 mois.

Ces questionnaires sont strictement confidentiels et sont protégés par le secret professionnel.

Le succès de mon étude réside dans la continuité des données que vous accepterez de me communiquer.

En acceptant de remplir ce questionnaire, acceptez-vous que je prenne contact avec vous dans 3 mois et 6 mois?
Si oui, merci de remplir le formulaire suivant :

Je soussignée Madame……autorise Mademoiselle Soline Gaubert à me contacter dans 3 mois et 6 mois dans le cadre de son mémoire de fin d'étude.
J'accepte ainsi de lui communiquer mes coordonnées personnelles afin qu'elle puisse me contacter dans cet unique but.
Je peux me rétracter à n'importe quel moment de cette étude sans que cela n'entrave ma prise en charge et je peux consulter les résultats de son mémoire lorsque ceux-ci seront disponibles.

J'accepte que Soline Gaubert me contacte par (merci de cocher les moyens de contact que vous acceptez) :
□ e-mail :……@……
□ Téléphone : ☐Portable :……□ Fixe : ……
□ Courrier : ……

Fait à …… le……

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Par avance, je vous remercie sincèrement pour le temps et la confiance que vous saurez m'accorder.

Soline Gaubert

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Annexe II : Premier questionnaire : Evaluation dans le post-partum immédiat.

Questions générales :

1) Quelle est votre date de naissance ? …./…/…… (Age : ……)

2) A quelle date avez vous accouché ? …/…/….

3) Quelle est votre situation familiale ? □ Mariée □ Vit maritalement □ En couple □ Célibataire

4) Quelle est votre profession ?

5) De quelle origine géographique êtes-vous ?

6) Combien de fois avez-vous accouché ?

7) Combien de fois avez-vous été enceinte ?

8) Avez-vous une maladie nécessitant une prise en charge particulière ? Oui □ Non □
   Si oui, laquelle ?

9) Est-ce bien votre première épisiotomie ? Oui □ Non □
   Si non, merci de ne pas poursuivre le questionnaire.

Concernant votre accouchement :

1) Aviez-vous des appréhensions quant à cet accouchement? Oui □ Non □
   Si oui, lesquelles ?

2) Si vous avez déjà accouché, ces accouchements s'étaient-ils bien déroulés ? Oui □ Non □
   Si non, pourquoi ?

3) Avez-vous eu des cours de préparation à l'accouchement pour cette grossesse ? Oui □ Non □
   a) Si oui, cela vous a t-il aidé ? Oui □ Non □
   b) Si non, cela vous a t-il manqué ? Oui □ Non □

4) Avez-vous eu une analgésie péridurale ? Oui □ Non □
   Si non, pourquoi ?

5) Etiez-vous accompagnée par quelqu'un ? Oui □ Non □
   a) Si oui, cette personne était-elle active, encourageante ? Oui □ Non □
      En êtes-vous satisfaite ?
   b) Si non, était-ce un choix ?

6) Vous êtes-vous sentie active ou passive lors de votre accouchement ? Active □ Passive □
   En êtes-vous satisfaite ?

7) Avez-vous eu une ventouse ? Oui □ Non □

8) Avez-vous eu des forceps ? Oui □ Non □

9) Vous êtes-vous sentie accompagnée par l'équipe médicale ? Oui □ Non □
   Si non, pourquoi ?

10) Avez-vous des regrets quant à cet accouchement ? Oui □ Non □
    Si oui, lesquels ?

11) Avez-vous globalement bien vécu votre accouchement ? Oui □ Non □
    Si non, pourquoi ?

Quelle note sur 5 mettriez vous au vécu **physique** que vous avez de votre accouchement ?

1 2 3 4 5

Atroce → **Excellent**

Quelle note sur 5 mettriez vous au vécu **moral** que vous avez de votre accouchement ?

1 2 3 4 5

Atroce → **Excellent**

Questions relatives à l'épisiotomie :

1) Saviez-vous ce qu'était une épisiotomie avant d'en avoir une ? Oui □ Non □
   a) Si oui, comment avez-vous eu cette information ?
   b) Si non, pensez-vous que vous auriez aimé avoir une information préalable ?

2) Aviez-vous des réticences à avoir une épisiotomie ? Oui □ Non □
   Si oui, pourquoi ?

3) Aviez-vous exprimé vos réticences à avoir une épisiotomie auprès de la sage-femme ou du médecin au moment de l'accouchement? Oui □ Non □
   a) Si oui, comment votre demande a t-elle été accueillie ?
   b) Si non, pourquoi ?

4) Vous a t-on prévenu que l'on vous faisait une épisiotomie au moment de sa réalisation ?
   Oui □ Non □

5) Quel a été votre sentiment lorsqu'on vous a annoncé avoir réalisé une épisiotomie ?

6) Vous a t-on expliqué pourquoi une épisiotomie avait été réalisée ? Oui □ Non □
   Si oui, quelle raison vous a t-on donnée ?

7) La suture de l'épisiotomie s'est-elle bien déroulée ? Oui □ Non □
Si non, pourquoi ?

8) Avez-vous déjà eu des difficultés ou des lésions en lien avec la sphère génitale par le passé ? Oui □ Non □
Si oui, pouvez-vous commenter ?

9) Pensez-vous être à l'aise avec vos organes génitaux ? Oui □ Non □
Si non, pourquoi ?

10) Que représente pour vous le sexe de la femme ? (Plusieurs réponses possibles)
- □ Sexualité
- □ Maternité
- □ Féminité
- □ Plaisir
- □ Sacré
- □ Autre :

11) Est-ce difficile pour vous d'en parler ? Oui □ Non □
Si oui, pourquoi ?

12) Que représente pour vous l'épisiotomie ? (Plusieurs réponses possibles)
- □ Cicatrice
- □ Douleur
- □ Accouchement
- □ Regret
- □ Mutilation
- □ Autre :

13) Est-ce difficile pour vous d'en parler ? Oui □ Non □
Si oui, pourquoi ?

<u>Concernant votre séjour en maternité :</u>

1) A quel jour de post-partum êtes-vous au moment de remplir ce questionnaire ?
- □ J0 (jour de l'accouchement)
- □ J1
- □ J2
- □ J3
- □ J4
- □ J5
- □ Autre :

2) Pouvez-vous réaliser toutes les taches que vous souhaitez ? Oui □ Non □
Si non, lesquelles ?

3) Pouvez-vous vous occuper de votre enfant comme vous le souhaitez ? Oui □ Non □
Si non, pourquoi ?

4) Etes-vous aidée par une personne extérieure ? Oui □ Non □
   Si oui, par qui ?

5) Rencontrez-vous des difficultés en lien avec votre épisiotomie ? Oui □ Non □
   Si oui, lesquelles ?

6) Rencontrez-vous des difficultés avec la cicatrisation de votre épisiotomie ? Oui □ Non □
   Si oui, lesquelles ?

7) Avez-vous eu des informations concernant votre épisiotomie au cours de votre séjour ? Oui □ Non □
   a) Si non, le regrettez vous ? Oui □ Non □
   b) Si oui, en êtes-vous satisfaite ? Oui □ Non □
      Auriez vous aimez avoir plus d'informations ? Oui □ Non □
      Si oui, lesquelles ?

8) Votre épisiotomie est-elle douloureuse ? Oui □ Non □
   Si oui, à combien cotez-vous votre douleur sur une échelle de 0 à 10 (0 : aucune douleur, 10 : pire douleur imaginable) ?

9) Vous sentez-vous en mesure de regarder votre épisiotomie ? Oui □ Non □
   Si non, pourquoi ?

10) Appréhendez-vous le retour à la maison ? Oui □ Non □
    Si oui, pourquoi ?

    Pensez-vous que cela soit lié à l'épisiotomie ? Oui □ Non □
    Si oui, pourquoi ?

11) Pensez-vous, à l'heure actuelle, que votre épisiotomie pourrait vous empêcher de faire certaines activités ? Oui □ Non □
    Si oui, lesquelles ?

12) Concernant la reprise des rapports sexuels :

    a) A quel moment l'envisagez-vous ?
       □ Dès le retour à la maison
       □ Dans moins d'un mois
       □ Dans le trimestre
       □ Dans plus de trois mois
       □ Vous ne l'envisagez pas

    b) Par rapport à avant l'accouchement, pensez vous que vous aurez :
       □ Autant de désir
       □ Moins de désir
       □ Plus de désir
       □ Vous n'y avez pas pensé

c) Par rapport à avant l'accouchement, pensez vous que vous aurez :
□ Autant de rapports sexuels
□ Moins de rapports sexuels
□ Plus de rapports sexuels
□ Vous n'y avez pas pensé

d) Appréhendez-vous la reprise des rapports sexuels ? Oui □ Non □
Si oui, pourquoi ?

Pensez-vous que cela soit lié à l'épisiotomie ? Oui □ Non □
Si oui, pourquoi ?

Quelle note sur 5 mettriez vous au vécu **physique** que vous avez de votre épisiotomie ?

1 2 3 4 5

Atroce ⟶ **Excellent**

- Quelle note sur 5 mettriez vous au vécu **moral** que vous avez de votre épisiotomie ?

1 2 3 4 5

Atroce ⟶ **Excellent**

Je vous remercie énormément pour le temps et la confiance que vous m'avez accordés. Je reprendrai contact avec vous d'ici 3 mois.
Je vous souhaite une excellente sortie de maternité et une très bonne continuation.

Bien à vous,

Soline Gaubert

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Annexe III : 2ème questionnaire : Evaluation à 3 mois de l'accouchement.

Madame,

Je vous ai contacté au moment de votre accouchement au sujet de mon mémoire concernant l'épisiotomie et le vécu que les femmes en ont.
Vous aviez alors accepté que je vous recontacte 3 et 6 mois plus tard dans le but de poursuivre mon étude.
Je vous recontacte aujourd'hui pour un deuxième questionnaire en vue de faire le point sur votre épisiotomie 3 mois après votre accouchement.
Vous pouvez vous rétracter à tout moment de cette étude.

Par avance, je vous remercie sincèrement pour le temps et la confiance que vous saurez m'accorder.

Soline Gaubert

D'une façon générale :

1) Votre retour à la maison s'est-il bien déroulé ? Oui □ Non □
   Si non, pourquoi ?

2) Avez-vous rencontré des difficultés majeures au cours des 3 derniers mois ? Oui □ Non □
   Si oui, lesquelles ?

3) L'arrivée de votre enfant au domicile s'est-elle bien passée ? Oui □ Non □
   Si non, pourquoi ?

4) Votre enfant fait-il ses nuits ? Oui □ Non □

5) Souhaitez-vous mentionner quelque chose de particulier au sujet des 3 derniers mois?

Concernant votre épisiotomie

1) Votre épisiotomie vous empêche t-elle de réaliser certaines taches que vous réalisiez avant l'accouchement (activités quotidiennes, sportives…) ? Oui □ Non □
   Si oui, lesquelles ?

2) Votre épisiotomie vous empêche t-elle de vous occuper de votre enfant comme vous le souhaiteriez ? Oui □ Non □
   Si oui, pourquoi ?

3) Rencontrez-vous des difficultés en lien avec votre épisiotomie ? Oui □ Non □
   Si oui, lesquelles ?

4) Votre épisiotomie a t-elle bien cicatrisé? Oui □ Non □
   Si non, Pourquoi ?

5) Votre épisiotomie est-elle toujours douloureuse ? Oui □ Non □
   Si oui, à combien cotez-vous votre douleur sur une échelle de 0 à 10 (0 : aucune douleur, 10 : pire douleur imaginable) ?

6) Ressentez-vous le besoin de parler de votre épisiotomie avec un professionnel de santé ? Oui □ Non □
   Si oui, qu'aimeriez vous aborder ?

Quelle note sur 5 mettriez vous au vécu **physique** que vous avez de votre épisiotomie 3 mois après l'accouchement?

1 2 3 4 5

Atroce ⟶ **Excellent**

Quelle note sur 5 mettriez vous au vécu **moral** que vous avez de votre épisiotomie 3 mois après l'accouchement?

1 2 3 4 5

Atroce ⟶ **Excellent**

Concernant la reprise des rapports sexuels :

1) Avez-vous pu reprendre les rapports sexuels ? Oui □ Non □
   Si non, pensez vous que cela soit dû à votre épisiotomie ? Oui □ Non □

2) **Si la reprise des rapports n'a pas eu lieu**, appréhendez-vous la reprise des rapports sexuels ? Oui □ Non □
   Si oui, pourquoi ?

3) Si la reprise des rapports sexuels a eu lieu :

a) A t-elle eu lieu :
   □ Rapidement après l'accouchement.
   □ Dans le mois suivant l'accouchement.
   □ Récemment.

b) Avez-vous :
   □ Autant de désir qu'avant l'accouchement.
   □ Moins de désir qu'avant l'accouchement.
   □ Plus de désir qu'avant l'accouchement.

c) Avez vous :
□ Autant de rapports qu'avant l'accouchement.
□ Moins de rapports qu'avant l'accouchement.
□ Plus de rapports qu'avant l'accouchement.

d) Ressentez vous des douleurs au moment de l'acte sexuel ? Oui □ Non □
Si oui, pensez-vous que cela soit lié à l'épisiotomie ? Oui □ Non □

e) Avez-vous observé des changements de sensations au moment des rapports sexuels par rapport à avant l'accouchement ? Oui □ Non □
Si oui, pouvez-vous détailler ?
Si oui, pensez vous que cela soit lié à votre épisiotomie ?

f) Estimez-vous que la qualité de vos rapports sexuels est identique par rapport à avant l'accouchement ? Oui □ Non □
Si non, pensez-vous que cela soit lié à votre épisiotomie ? Oui □ Non □

4) Ressentez-vous le besoin de parler de votre sexualité avec un professionnel ? Oui □ Non □
Si oui, que souhaiteriez-vous aborder ?

Je vous remercie énormément pour le temps et la confiance que vous m'avez accordés. Je reprendrai contact avec vous d'ici 3 mois.
Je vous souhaite une très bonne continuation.

Bien à vous,

Soline Gaubert

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Annexe IV : 3ème questionnaire : Evaluation à 6 mois de l'accouchement.

Madame,

Je vous ai contactée au moment de votre accouchement au sujet de mon mémoire concernant l'épisiotomie et le vécu que les femmes en ont.
Vous aviez alors accepté que je vous recontacte 3 et 6 mois plus tard dans le but de poursuivre mon étude.
Je vous recontacte donc aujourd'hui pour un troisième et dernier questionnaire en vue de faire le point sur votre épisiotomie 6 mois après votre accouchement.
Vous pouvez vous rétracter à tout moment de cette étude.

Je vous remercie énormément pour le temps et la confiance que vous m'avez accordés. Votre aide m'a été précieuse dans l'élaboration de mon mémoire de fin d'étude.

Je vous souhaite une excellente continuation,

Soline Gaubert

D'une façon générale :

1) Avez-vous rencontré des difficultés majeures au cours des 3 derniers mois (depuis le dernier questionnaire)? Oui □ Non □
   Si oui, lesquelles ?

2) Si votre enfant ne faisait pas ses nuits, les fait-il désormais ? Oui □ Non □

3) Souhaitez-vous mentionner quelque chose de particulier au sujet des 3 derniers mois (depuis le dernier questionnaire)?

Concernant votre épisiotomie

1) Avez-vous fait la rééducation du périnée ? Oui □ Non □
   Si non, pourquoi ?
   Si oui, est-elle finie ? Oui □ Non □

2) Votre épisiotomie vous empêche t-elle de réaliser certaines taches que vous réalisiez avant l'accouchement (activités quotidiennes, sportives) ? Oui □ Non □
   Si oui, lesquelles ?

3) Votre épisiotomie est-elle toujours douloureuse ? Oui □ Non □
   Si oui, à combien cotez-vous votre douleur sur une échelle de 0 à 10 (0 : aucune douleur, 10 : pire douleur imaginable) ?

4) Ressentez-vous le besoin de parler de votre épisiotomie avec un professionnel de santé ? Oui □ Non □
Si oui, qu'aimeriez vous aborder ?

Quelle note sur 5 mettriez vous au vécu **physique** que vous avez de votre épisiotomie 6 mois après l'accouchement?

1 2 3 4 5

Atroce ⟶ **Excellent**

Quelle note sur 5 mettriez vous au vécu **moral** que vous avez de votre épisiotomie 6 mois après l'accouchement?

1 2 3 4 5

Atroce ⟶ **Excellent**

5) Aujourd'hui, que représente pour vous l'épisiotomie ? (Plusieurs réponses possibles)
□ Cicatrice
□ Douleur
□ Accouchement
□ Regret
□ Mutilation
□ Autre :

6) 6 mois après votre accouchement, quel mot mettriez-vous sur le vécu global que vous avez de votre épisiotomie ?
□ Excellent
□ Bon
□ Moyen
□ Mauvais
□ Atroce

7) Dans l'optique d'une autre grossesse, appréhendez vous le fait d'avoir à nouveau une épisiotomie ? Oui □ Non □

8) Pensez-vous que le vécu que vous avez de votre épisiotomie pourrait avoir un impact sur votre désir d'une autre grossesse ? Oui □ Non □
Si oui, quel est cet impact ?

Concernant les rapports sexuels :

1) Si vous n'aviez pas repris les rapports sexuels il y a trois mois, les avez-vous repris actuellement ? Oui □ Non □
Si non, pensez vous que cela soit dû à votre épisiotomie ? Oui □ Non □

Si cela n'est pas dû à l'épisiotomie, à quoi cela est dû selon vous ?

2) Si la reprise des rapports n'a pas eu lieu, appréhendez-vous la reprise des rapports sexuels ? Oui □ Non □
Si oui, pourquoi ?

3) Si vous avez repris les rapports sexuels depuis le dernier questionnaire ou que vous les aviez déjà repris :

a) Avez-vous :
□ Autant de désir qu'avant l'accouchement.
□ Moins de désir qu'avant l'accouchement.
□ Plus de désir qu'avant l'accouchement.

b) Avez vous :
□ Autant de rapports qu'avant l'accouchement.
□ Moins de rapports qu'avant l'accouchement.
□ Plus de rapports qu'avant l'accouchement.

c) Ressentez vous des douleurs au moment de l'acte sexuel ? Oui □ Non □
Si oui, pensez-vous que cela soit lié à l'épisiotomie ? Oui □ Non □
Si cela n'est pas dû à l'épisiotomie, à quoi cela est dû selon vous ?

d) Avez-vous observé des changements de sensations au moment des rapports sexuels par rapport à avant l'accouchement ? Oui □ Non □
Si oui, pouvez-vous détailler ?
Si oui, pensez vous que cela soit lié à votre épisiotomie ?

e) Estimez-vous que la qualité de vos rapports sexuels est identique par rapport à avant l'accouchement ? Oui □ Non □
Si non, pensez-vous que cela soit lié à votre épisiotomie ? Oui □ Non □
Si cela n'est pas dû à l'épisiotomie, à quoi cela est dû selon vous ?

f) Estimez-vous avoir retrouvé votre sexualité d'avant l'accouchement ?
Si non, pensez-vous que cela soit lié à votre épisiotomie ? Oui □ Non □
Si cela n'est pas dû à l'épisiotomie, à quoi cela est dû selon vous ?

4) Sur l'ensemble de ces 6 derniers mois, trouvez-vous que :
□ L'épisiotomie n'a eu aucun impact sur votre sexualité.
□ L'épisiotomie a eu un petit impact sur votre sexualité.
□ L'épisiotomie a eu un gros impact sur votre sexualité.
□ L'épisiotomie a modifié votre sexualité.

5) Avez-vous parlé de votre sexualité avec un professionnel ? Oui □ Non □
Si oui, avez qui?

6) Si vous n'avez pas parlé de votre sexualité avec un professionnel, en ressentez vous le besoin ? Oui □ Non □
Si oui, que souhaiteriez vous aborder ?