



Les perceptions du périnée par le dessin dans le post-partum, chez les femmes ayant eu une épisiotomie

Roxanne Bourgeois

► To cite this version:

Roxanne Bourgeois. Les perceptions du périnée par le dessin dans le post-partum, chez les femmes ayant eu une épisiotomie. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01591274

HAL Id: dumas-01591274

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01591274>

Submitted on 21 Sep 2017

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.

Académie de Paris
École de Sages-femmes - Hôpital Saint-Antoine,
Université Pierre et Marie Curie- Faculté de Médecine Paris VI
Mémoire pour le Diplôme d'État de Sage-femme

**Les perceptions du périnée par le dessin
dans le post-partum, chez les femmes ayant
eu une épisiotomie**

BOURGEOIS Roxanne
04 Avril 1993 à Lagny-sur-Marne
Nationalité française

Directeur de mémoire :
GAILLARD Julie
Sage-femme

Année universitaire 2016-2017

Académie de Paris
École de Sages-femmes - Hôpital Saint-Antoine,
Université Pierre et Marie Curie- Faculté de Médecine Paris VI
Mémoire pour le Diplôme d'État de Sage-femme

**Les perceptions du périnée par le dessin
dans le post-partum, chez les femmes ayant
eu une épisiotomie**

BOURGEOIS Roxanne
04 Avril 1993 à Lagny-sur-Marne
Nationalité française

Directeur de mémoire :
GAILLARD Julie
Sage-femme

Année universitaire 2016-2017

Remerciements :

Je tiens dans un premier temps à remercier Julie Gaillard, ma directrice de mémoire pour avoir accepté de m'accompagner dans ce projet. Je la remercie pour son soutien, ses idées et ses nombreuses relectures tout au long de l'avancée de notre travail.

Je tiens à remercier toute l'équipe de la maternité du centre hospitalier intercommunal André Grégoire de Montreuil d'avoir accepté que je réalise mon étude dans leur établissement, mais aussi pour leur accueil et leur disponibilité lors de mes nombreux appels et visites dans leur service.

Je remercie également Véronique Barfety pour son aide précieuse notamment lors de l'élaboration de la méthode d'analyse ainsi que sa relecture et ses remarques pertinentes concernant les résultats.

Ensuite, je remercie énormément Laura pour ses nombreuses relectures et corrections tout au long de l'écriture de ce mémoire, sans qui il serait probablement rempli de fautes d'orthographe. Mais aussi pour son soutien depuis nos années lycée, avec Lucie, Floriane, Laurine, Océane et Marine qui m'ont écouté parler longuement de ce travail.

Je remercie enfin les futures sages-femmes que j'ai rencontré lors de mes études et qui sont devenues des amies précieuses.

Et bien-sûr ma famille qui m'a accompagné chaque jour durant ces cinq années d'étude.

Table des matières

Préambule :	1
I) Définitions :	3
A) Le périnée :	3
a) Définition :	3
b) Rappels anatomiques :	3
B) L'épisiotomie :	4
a) Définition :	4
b) Recommandations :	4
c) Épidémiologie :	5
C) La perception du corps :	5
II) Données actuelles :	7
A) Les connaissances des femmes sur leur périnée :	7
B) Les conséquences des méconnaissances anatomiques sur la vie des femmes :	8
C) Les connaissances des femmes sur l'épisiotomie :	9
D) Conséquences de l'épisiotomie dans la vie d'une femme :	10
a) La douleur :	10
b) La sexualité :	11
c) Les incontinences :	11
d) La vie quotidienne :	12
III) Question de recherche :	13
IV) Matériel et Méthode :	14
A) Objectifs et hypothèses :	14
B) Type d'enquête :	14
C) Durée de l'étude :	14
D) Population :	14
E) Lieu :	15
F) Déroulement de la séance de dessin :	16
G) Outil de l'enquête :	17
V) Résultats :	19
A) Population :	19
a) Profil de la population :	19
b) Les antécédents :	19
c) Le suivi gynécologique et de grossesse :	20
d) L'accouchement :	20
B) Le périnée dans le pré-partum :	20
a) Prépuce du clitoris/ clitoris :	21
b) Les grandes lèvres :	21
c) Les petites lèvres :	22
d) Le méat urinaire :	23
e) Le vestibule du vagin :	24
f) L'anus :	24
g) Nombre d'éléments présents par dessin :	25
h) Périnée et noyau fibreux central du périnée ou centre tendineux du périnée :	25
i) Choix des couleurs :	25
C) Le périnée dans le post-partum :	26
D) Épisiotomie :	39
a) Mots employés :	39
b) Explications de la sage-femme :	40
c) Positionnement :	40
d) Longueur :	41
e) Aspect :	42

f) Couleur :	42
VI) Discussion :	43
A) Intérêts et limites :	43
B) Première hypothèse : les femmes ont une connaissance incomplète du périnée :	44
C) Deuxième hypothèse : l'épisiotomie modifie les perceptions qu'ont les femmes du périnée :	48
D) Troisième hypothèse : les femmes ont une connaissance incomplète de l'épisiotomie :	49
E) Lien entre population et résultats :	51
F) Implication et perspectives :	51
VII) Conclusion :	54
Bibliographie :	55
Annexes :	60
Annexe 1 : Le recueil de données :	60
Annexe 2 : Planche anatomique du Netter :	62
Annexe 3 : Tableaux d'analyse :	63
Tableau 1 : Dessins du pré-partum :	63
Tableau 2 : Dessins du post-partum :	63
Tableau 3 : Épisiotomie :	64
Annexe 4 : Lien entre population et résultats :	65
Annexe 5 : Les dessins :	66
Glossaire :	67

Préambule :

Au cours de mes stages d'étudiante sage-femme, j'ai été confrontée plusieurs fois à la même situation : des femmes qui ne parvenaient pas à visualiser leur périnée lorsque je leur en parlais. Cette constatation a été réalisée principalement en suites de couches, lorsque j'expliquais les soins aux femmes qui avaient une déchirure ou une épisiotomie. Par exemple, nombreuses étaient celles qui s'interrogeaient sur la façon dont elles allaient uriner ou bien aller à la selle. J'ai été interpellée par ces questions qui étaient plus nombreuses lors d'épisiotomie. Un nombre important de femmes ne voulaient pas toucher, regarder ou bien grimaçaient lorsque je regardais leur périnée. C'est à ce moment-là que je me suis interrogée sur ce qu'elles s'imaginaient de leur périnée avec leur épisiotomie.

Dans les maternités, l'épisiotomie est un geste courant. En France, il touche environ 50% des primipares et 15% des multipares. Ce geste est considéré par les professionnels de santé comme une technique augmentant le risque infectieux, qu'il faut surveiller, et la sensation douloureuse, nécessitant donc une surveillance clinique. Mais ce geste peut être vu comme bien plus pour les femmes. Il peut être angoissant et toucher la vision que la patiente a d'elle-même. Il se peut que l'épisiotomie ne touche pas la patiente uniquement de façon purement organique, elle peut la toucher aussi dans son histoire et dans son existence [1]. Cette intervention a un impact dans la vie du post-partum des femmes, avec comme conséquence possible des douleurs, une modification de la sexualité, ainsi qu'un changement de la vie quotidienne.

Les perceptions qu'ont les soignants du périnée peuvent-être très différentes de celles qu'ont les femmes de leur propre corps. Les représentations sont propres à l'individu, et sont construites tout au long de la vie. Certaines femmes n'ont jamais vu ou touché leur périnée. Avec la grossesse et l'accouchement, les professionnels de santé parlent naturellement de cette zone, qui n'est parfois pas du tout visualisée. La majorité d'entre elles ont entendu parler à un moment de leur grossesse, ou même de leur vie de femme, de l'épisiotomie. Plusieurs questions peuvent se poser : que savent les femmes sur l'épisiotomie ? Comment voient-elles leur anatomie intime ? Comment voient-elles l'épisiotomie sur leur propre corps ? Comment une femme peut-elle visualiser son épisiotomie, si elle ne peut pas décrire son périnée ? Suite à une épisiotomie, comment

les femmes perçoivent-elles leur périnée ?

L'objectif de cette recherche est d'évaluer par le dessin les perceptions qu'ont les femmes de leur périnée suite à une épisiotomie. Cette évaluation pourrait permettre d'améliorer la prise en charge par les professionnels de santé de cette population de patientes, ainsi que d'adapter les informations données en pré et post-natal sur l'anatomie du périnée et l'épisiotomie.

I) Définitions :

A) Le périnée :

a) Définition :

Le périnée est la partie inférieure du petit bassin, sous le plancher pelvien, entre les cuisses [2,3]. C'est une région en forme de losange, qui est composée de deux triangles. Le premier triangle antérieur, qui est urogénital, contient les organes génitaux externes ainsi que l'orifice de l'appareil urinaire. Le second triangle postérieur, qui est anal, contient l'anus et le sphincter anal. Les limites du losange périnéal sont en avant la face postérieure de la symphyse pubienne, latéralement les tubérosités ischiatiques et le coccyx en arrière [3].

b) Rappels anatomiques :

La vulve : La vulve est un élément du triangle urogénital du périnée qui contient le clitoris, les plis cutanés, le vestibule du vagin et le méat urinaire [3].

Le clitoris : Le clitoris est un organe érectile qui est divisé en 2 parties : le gland, qui est la partie visible, et le corps, composé des deux corps caverneux, qui n'est pas visible. Celui-ci est situé à la jonction de l'extrémité supérieure des petites lèvres [3]. Le gland du clitoris est recouvert par un prépuce.

Les grandes lèvres : Les grandes lèvres sont des plis cutanés qui entourent les petites lèvres.

Les petites lèvres : Les petites lèvres sont deux fins plis cutanés qui entourent le méat urinaire et le vestibule du vagin.

Le méat urinaire : Le méat urinaire est la partie terminale de l'urètre, il se situe sous le clitoris.

Le vestibule du vagin : Le vestibule du vagin correspond à l'entrée du vagin, entre les petites lèvres.

L'anus : L'anus est la partie terminale du rectum. Il s'agit de l'orifice qui permet d'évacuer les selles.

B) L'épisiotomie :

a) Définition :

Dans les livres d'enseignements médicaux, l'épisiotomie médio-latérale est définie comme une incision de la vulve pratiquée durant l'accouchement au petit couronnement, lors d'une contraction utérine ou d'un effort expulsif [4]. Celle-ci est généralement réalisée à droite, avec un angle de 45° par rapport à la fourchette vulvaire, vers la région ischiatique, sur 6 cm environ [4,5]. Elle est réalisée avec des ciseaux droits, une lame entre la présentation et la partie postérieure de la vulve, l'autre lame au dehors. La section est franche, en partant de la partie médiane de la fourchette. Elle coupe la peau, le vagin, le muscle bulbo-caverneux, le muscle transverse superficiel et le muscle puborectal dans sa totalité [5].

Les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) de 2005 sur l'épisiotomie, dans leur définition, mettent en évidence le fait que, dans la pratique, il est difficile de donner une définition exacte. Elle varie selon les pays, les hôpitaux et les praticiens qui l'effectuent. Les différences s'observent sur la longueur, la profondeur et l'orientation de l'incision [4]. Cette difficulté de définition a pour conséquence une difficulté de compréhension pour les femmes. Les patientes, qui ne peuvent voir aisément leur épisiotomie, ont donc plusieurs définitions à leur disposition, ce qui ne peut qu'augmenter leur confusion.

b) Recommandations :

Les indications à l'épisiotomie sont variables d'un opérateur à l'autre. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les indications possibles sont : la détresse fœtale, l'évolution insuffisante du travail et la menace de déchirures du troisième degré [6]. D'après les recommandations du CNGOF de 2005, il n'y a aucune situation où l'épisiotomie doit être réalisée de façon systématique, c'est le praticien qui doit juger si le

geste est nécessaire, en fonction de son appréciation clinique [4]. C'est pour cette raison que ce geste est très débattu car, l'appréciation du professionnel étant subjective, la prise en charge est variable d'un opérateur à l'autre pour une situation identique.

c) Épidémiologie :

L'épisiotomie touche un nombre important de femmes. C'est une pratique courante en maternité. Les établissements de santé n'ont pas l'obligation de publier leur taux d'épisiotomie, il est donc impossible d'avoir un taux par établissement [7]. L'enquête périnatale de 2010 donne un taux à 44,4% pour les primipares et à 14,3% chez les multipares [8]. D'après la base de données Audipog, le taux moyen d'épisiotomie était de 28,6% en 2011 [9]. Le Collectif Inter-Associatif Autour de la Naissance (CIANE) révèle un taux plus élevé avec, en 2013, 52% chez les primipares et 18% chez les multipares. Ces chiffres correspondent aux accouchements voie basse instrumentaux et non instrumentaux. Chez les primipares avec un accouchement voie basse non instrumental, le taux est à 38% [7]. Le taux d'épisiotomie serait plus élevé dans les maternités de type III, qu'il s'agisse d'un accouchement avec ou sans instruments [10]. Ce taux semble stable depuis les années 2007-2008 [11].

L'OMS recommande un taux d'épisiotomie inférieur à 10% [6]. En France, le CNGOF préconise un taux inférieur à 30% [4]. Ces recommandations ne sont donc pas respectées dans la majorité des maternités.

C) La perception du corps :

Percevoir est le fait de saisir quelque chose par les organes des sens. Ici, le périnée est perçu par le toucher, essentiellement, et la vue si la femme en fait la démarche [12].

L'étude de la perception d'une partie du corps ne peut exclure le concept de l'image du corps et du schéma corporel. Les auteurs ont des visions différentes de ces notions. Pour F. Dolto, il existe des différences entre images corporelles et schéma corporel. Le schéma corporel est le même pour tous, s'élabore avec les sensations et est évolutif dans le temps et l'espace, alors que l'image du corps est propre à chaque individu, s'élabore avec les expériences émotionnelles et de façon inconsciente. Ainsi, en la prenant comme référence, ce mémoire étudie plutôt le schéma corporel [13]. P.

Schilder lui, ne distingue pas image corporelle, et schéma corporel, il inclut la perception, l'expérience et les sensations. Si son modèle est pris comme référence, cette recherche analyse la première étape de la construction de l'image corporelle qui est la perception. Par ailleurs, l'idée principalement retenue par les auteurs est qu'elles sont construites avec l'expérience, les émotions, les sensations et sont en lien avec l'inconscient et l'imaginaire de l'individu. Elles sont en perpétuelle construction et évoluent avec le temps. C'est la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même [13,14,15,16,17].

Ainsi, l'image du corps ne peut être étudiée avec le dessin seul, sans un entretien psychologique avec la patiente. C'est pourquoi, dans ce mémoire, nous n'allons étudier que la perception cognitive qu'ont les femmes de leur périnée.

II) Données actuelles :

A) Les connaissances des femmes sur leur périnée :

Le périnée pour une femme est souvent une partie méconnue de son corps. En effet, celle-ci n'est pas directement visible. Pour la voir elle doit en avoir l'intention et l'envie [18]. Parler de son périnée est tabou pour 20% des femmes, pour des raisons allant de la pudeur à la méconnaissance de cette zone. La moitié des femmes ne le visualise pas du tout, car elles ne l'ont jamais regardé, et seules 14% estiment en avoir une vision précise [19]. Cette situation peut s'expliquer par les étapes d'apprentissage et les différentes sources d'informations qui sont mises à leur disposition au cours de leur vie, qui peuvent être incomplètes.

Les femmes connaissent en partie leur corps et leur périnée à travers le toucher et les sensations. Celles-ci commencent dès la vie in utero, par l'intermédiaire du liquide amniotique. Ces sensations sont maximales autour du 6ème mois de grossesse. Après la naissance, lorsqu'elles sont petites filles, elles affinent leurs connaissances avec les sensations que leurs pieds ou leurs mains procurent, mais aussi que l'eau du bain peut produire, par exemple. Cependant, cette découverte peut être bloquée par le port de couche durant l'enfance [20]. Dans leur vie d'adolescente ou d'adulte, peu de femmes font la démarche de regarder leur périnée dans un miroir ou bien de le toucher [21,18].

Les représentations du périnée sont influencées par les sources variées de connaissances qui sont à disposition des femmes, ce qui les rend très personnelles. Les principales sources d'informations sont l'entourage, que ce soit la famille ou bien les amies, les lectures ou les médias puis, durant la grossesse et le post-partum, les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) et la rééducation périnéale [21].

A l'école, au programme de Sciences et Vie de la Terre (SVT), l'éducation à la sexualité est obligatoire en France depuis la loi du 4 juillet 2001 [22]. L'enseignement est principalement axé sur la reproduction, le fonctionnement hormonal et la contraception. La sexualité est aussi abordée. En terme d'anatomie sexuelle féminine, les consignes sont les suivantes : « *Il est important de veiller à la qualité des schémas des appareils reproducteurs utilisés et à ce qu'ils n'omettent pas le vocabulaire minimum suivant : vulve,*

clitoris, vagin, cavités et parois de l'utérus, trompe et ovaires ». Les organes génitaux internes sont tous décrits mais au niveau des organes génitaux externes, la liste est limitée. Ainsi, si les enseignants n'évoquent que le minimum proposé, l'enseignement n'aborde pas la notion de périnée dans sa totalité [23].

La grossesse peut être le moment idéal pour parler de l'anatomie du périnée, car il joue un rôle important et est très sollicité durant cette période. De plus, les femmes voient régulièrement des professionnels de santé durant la grossesse, ce qui n'est pas nécessairement le cas auparavant. Lors des consultations il est possible d'aborder ce sujet, mais cela est très dépendant du praticien [24]. Les séances de PNP peuvent alors être le moment idéal pour aborder le sujet, car c'est un temps d'échanges avec les couples, pendant lequel des explications sont données sur tout ce qui entoure la grossesse et l'accouchement. Pourtant, dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), il n'y a pas d'item spécifique sur le sujet [25]. L'anatomie n'est donc abordée, comme durant les consultations, seulement si le praticien en parle spontanément ou à la suite de questions des patientes ou des couples.

Ce manque général d'informations conduit à une méconnaissance de l'anatomie sexuelle féminine par les femmes. Une étude montre que chez des femmes âgées de 16 à 60 ans, dont 69% ont un antécédent de grossesse, sur un schéma de périnée à annoter il y a une minorité de bonnes réponses. En effet, 64% nomment correctement le vestibule du vagin, 58% les grandes lèvres, 55% le clitoris, 36% les petites lèvres, 9% l'urètre, 6% l'hymen et 90% l'anus. Contrairement aux organes génitaux internes, qui comportent moins d'erreurs avec un pourcentage de bonnes réponses à 84% pour les trompes, 87% pour les ovaires, 75% pour le col de l'utérus et 46% pour le vagin [26].

B) Les conséquences des méconnaissances anatomiques sur la vie des femmes :

Lorsque les femmes ne connaissent pas leur périnée et leur anatomie sexuelle, quelle que soit la raison, elles ne peuvent l'intégrer à leur image corporelle [18].

Dans cette situation, des douleurs peuvent apparaître parce qu'il y a une absence de lien, une absence de rencontre avec leur vulve qui n'est pas intégrée. Ainsi, elle est absente affectivement et devient mystérieuse voire inquiétante. Ces douleurs peuvent

être constantes ou bien se traduire par des dyspareunies de plusieurs types et un non épanouissement sexuel [27].

C) Les connaissances des femmes sur l'épisiotomie :

Selon une étude, 92% des femmes connaissent l'épisiotomie [19]. Pourtant, lors de la grossesse, seulement 59% estiment avoir eu une information suffisante sur l'épisiotomie. Après l'accouchement, les femmes qui en ont eu une sont trois fois plus nombreuses à estimer que l'information reçue est insuffisante [7]. Les informations que les femmes reçoivent pendant la grossesse ne sont donc pas adaptées à leurs besoins.

Il est important que le sujet soit abordé pendant la grossesse, c'est aussi le moment où les patientes ont le plus d'interrogations à ce sujet. Les séances de PNP sont les moments idéaux pour aborder le sujet, pourtant dans les recommandations de la HAS il n'y a pas de volet spécifique qui mentionne l'épisiotomie. La partie où l'intervenant peut le développer est dans le point : *« comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des interventions au cours du travail (soulagement de la douleur, extraction instrumentale, césarienne), des suites de l'accouchement »*, dans la partie *« comprendre, s'expliquer la grossesse, l'accouchement et les pratiques parentales »* [25]. Ainsi, les patientes sont informées durant les consultations, ou ces temps de préparation, seulement si le praticien en parle spontanément ou bien si elles posent des questions à ce sujet [24].

L'incision est pratiquée dans 85% des cas sans le consentement de la patiente, ce qui représente une grande majorité, pourtant 73% des femmes l'accepteraient si on leur demandait [7]. Ainsi, en plus du manque d'informations en amont et de connaissances, les patientes ne semblent pas être informées quand le geste est réalisé. Elles l'apprennent souvent au moment de la résection ou durant les suites de couches, elles n'ont donc pas toujours connaissance de cette intervention réalisée sur leur propre corps. Cette pratique est par ailleurs interdite, comme le rappelle la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- *Art. L. 1111-2. -Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs*

conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

- *Art. L. 1111-4.-Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment [28].*

D) Conséquences de l'épisiotomie dans la vie d'une femme :

a) La douleur :

La conséquence la plus fréquente de l'épisiotomie est la douleur. D'après le CIANE, 75% des femmes souffrent de leur épisiotomie [7].

Il existe plus de douleurs périnéales chez ces patientes en comparaison de celles ayant une déchirure du premier et second degré ou bien un périnée intact [29]. Une étude canadienne a comparé les douleurs périnéales dans les trois groupes suivant : épisiotomie, déchirure du premier ou second degré et périnée intact. Les femmes étaient interrogées au premier jour, à une semaine et à six semaines du post-partum. Au premier jour, les résultats étaient respectivement 97%, 95% et 75% de patientes douloureuses. Au bout d'une semaine, les taux des trois groupes étaient en baisse. La diminution était significativement moins importante dans le groupe épisiotomie par rapport aux autres, avec les taux suivant : 71%, 60% et 38% soit une baisse respective de 26%, 35% et 37%. A plus long terme, à six semaines du post-partum, il n'existait plus de femmes douloureuses dans le groupe périnée intact, les femmes ayant eu une déchirure du premier et second degré n'étaient plus que 4% à se plaindre de douleurs, contre encore 13% chez les femmes ayant subi une épisiotomie. Cette enquête estime un arrêt des douleurs moyen à 2,6 semaines du post-partum chez les femmes avec épisiotomie. [30].

Les douleurs décrites par les femmes semblent plus intenses lors d'épisiotomie. Dans cette même étude, sur une échelle comprenant les termes : « *inconfort* », « *pénible* », « *horrible* » et « *atroce* », il y a 36% des parturientes qui ont répondu « *pénible* » ou plus au premier jour du post-partum contre 24% en cas de déchirures du premier et second degré. De plus, ces patientes consomment plus d'antalgiques, ce qui confirme une douleur plus intense [30].

Certaines jeunes mères sont atteintes de douleurs chroniques lorsqu'elles ont subi une épisiotomie. Ce taux est compris entre 10 et 12,8% entre trois et cinq mois du post-partum [7,31].

b) La sexualité :

L'épisiotomie a des conséquences sur la sexualité du post-partum. Les femmes semblent attendre pour reprendre les rapports sexuels, en cas de lésions périnéales, que leur périnée soit moins douloureux et cicatrisé, ainsi que le rendez-vous post-natal, qui leur confirme que la cicatrisation se déroule correctement. La reprise se situe autour des six à huit semaines du post-partum [21,32,33]. A six semaines d'un accouchement voie basse non instrumentaux, 31% des femmes avec une épisiotomie ont repris les rapports vaginaux contre 61% avec un périnée intact et 50% avec des déchirures vaginales. A partir de six mois du post-partum, il n'y a plus de différence significative entre les groupes et plus de 90% des femmes ont repris une activité sexuelle, quel que soit le type de lésions périnéales [34].

Il y a un taux plus important de dyspareunie lors des premiers rapports sexuels du post-partum chez les patientes qui ont eu une épisiotomie. Une étude montre que les jeunes mères qui ont eu une épisiotomie sont seulement 23% à ne pas ressentir de douleur lors du premier rapport sexuel, contre 44% pour les femmes avec un périnée intact [29,32].

Cette différence selon le mode d'accouchement s'estompe avec le temps [35]. A partir d'un an après l'accouchement, il n'y a pas de différence significative entre les femmes sur le taux de dyspareunie selon le mode d'accouchement [29,36,37]. Par ailleurs, une baisse de libido et du nombre d'orgasmes est observé chez les femmes ayant eu une épisiotomie [36].

c) Les incontinences :

Le taux d'incontinence urinaire ou anale, quel que soit le type, n'est pas significativement différent, qu'il y ait eu une épisiotomie ou pas. Cette absence de différence est égale que l'on soit à 6 semaines ou à cinq ans du post-partum [36,38,39]. Il n'y a pas plus de prolapsus retrouvé non plus [39].

d) La vie quotidienne :

Les lésions périnéales ont une incidence non négligeable sur la vie quotidienne des femmes. Dans un premier temps, elles ne peuvent plus vivre comme avant. Elles doivent adapter leurs gestes de la vie courante. Cela est dû à un inconfort et à des douleurs ressenties, qui vont donc les empêcher de se mouvoir comme elles le souhaitent. Lorsque les douleurs et l'appréhension s'estompent, elles vont pouvoir retrouver leur aisance habituelle. Les gestes qui sont principalement influencés sont la marche, la façon de s'habiller, de s'asseoir, d'uriner et d'aller à la selle [40].

Chez beaucoup de femmes, les douleurs sont marquées lors de ces gestes dans un premier temps. En effet, les femmes ressentent plus de douleurs dans 78% des cas pour sortir de leur lit, dans 70% pour marcher, dans 76% pour s'asseoir, dans 51% pour prendre une douche ou encore 46% sont réveillées ou gênées dans leur sommeil. Cela représente toujours plus de la moitié des jeunes mères. Cette augmentation de la douleur est aussi présente lors des soins au nouveau-né de façon importante. Cela a une incidence dans 41% des cas lors des soins de base de l'enfant, comme le bain, et dans 34% lors de l'alimentation, quelle que soit la méthode [41]. La douleur peut rendre aussi le périnée indisponible à soi et donc refoulé, car il ne répond plus comme à son habitude. Il est donc ignoré et considéré comme sans intérêt par certaines femmes [21].

L'influence sur la vie quotidienne n'est pas toujours liée à la douleur ou l'inconfort. Le périnée est souvent vu par les femmes comme un symbole de leur féminité et, lorsque celui-ci est atteint, leur féminité est directement touchée. Cette partie du corps n'est alors plus reconnue et les femmes n'osent plus la regarder [42]. Les femmes peuvent être invitées à toucher ou bien regarder leur périnée afin de se le réapproprier ou bien de découvrir cette zone et, potentiellement, de retrouver leur féminité. A cette occasion, elles peuvent restaurer des sensations de plaisir érotique et stimuler leurs sens [21].

III) Question de recherche :

Au regard des données précédemment exposées, la question suivante peut-être posée : suite à une épisiotomie, comment les femmes perçoivent-elles leur périnée ?

Lorsqu'il s'agit de son corps, et encore plus lorsqu'il s'agit de son anatomie sexuelle, il peut être difficile d'en parler. Une gêne peut être présente, voire même un manque de mots, car c'est une zone rarement abordée dans les conversations courantes. Demander à une femme comment elle perçoit son périnée peut être un exercice très complexe pour elle, surtout si elle n'en a qu'une connaissance partielle [43].

Pour cette étude, les perceptions des femmes seront évaluées à l'aide de dessins. Le dessin est un outil de communication, d'échanges et c'est un espace de projections personnelles. Le discours des patientes peut être influencé par ce que les soignants leur disent. Elles peuvent utiliser les même mots sans nécessairement les comprendre, ou encore s'adapter à ce qui leur est dit et ne plus se poser la question à elles-mêmes. Le dessin permet de poser ce qui est ressenti et la manière dont les choses sont vues, sans préjugés et en limitant l'influence des discours extérieurs [43].

IV) Matériel et Méthode :

A) Objectifs et hypothèses :

L'objectif de cette recherche est d'évaluer par le dessin les perceptions qu'ont les femmes de leur périnée suite à une épisiotomie.

Les hypothèses de recherche sont les suivantes :

- Les femmes ont une connaissance incomplète du périnée.
- Les femmes ont une connaissance incomplète de l'épisiotomie.
- L'épisiotomie modifie les perceptions qu'ont les femmes du périnée.

B) Type d'enquête :

L'enquête réalisée est une étude qualitative observationnelle, monocentrique, qui se base sur l'analyse de deux dessins par femme, chez des patientes en suites de couches, dans une maternité de type III d'Île-de-France.

C) Durée de l'étude :

L'étude a débuté le 19 septembre et s'est terminée le 20 décembre 2016.

D) Population :

Critères d'inclusion :

- Patientes majeures
- Parlant français
- Quelles que soient la profession, la situation maritale et l'origine géographique
- Primipares
- Grossesse simple
- Quel que soit le déroulement de la grossesse (pathologie gravidique, aide médicale à la procréation...) et du travail (anesthésie péridurale, déclenchement, stagnation, anomalie du rythme cardiaque fœtal...)

- Quels que soient le terme de l'accouchement et la présentation fœtale
- Accouchement par voie basse non instrumentale
- Épisiotomie médio-latérale droite
- Quel que soit le praticien réalisant l'accouchement
- Durant le séjour en suites de couches

Critères d'exclusion :

- Patiente avec un antécédent de vulvoplastie ou de mutilation sexuelle
- Antécédent de pathologie psychiatrique ou psychologique
- Avec une déchirure vaginale associée
- Intervention dans le post-partum type délivrance artificielle, révision utérine, embolisation, ligature artérielle, hystérectomie...

Ces critères ont été mis en place pour que la population d'étude soit la plus homogène possible. Il était nécessaire que les femmes aient une histoire semblable concernant leur périnée. Le choix de patientes primipares permet d'avoir un dessin de base comparable, du fait qu'il n'y ait jamais eu d'accouchement par voie naturelle ou par césarienne et donc de modification antérieure du périnée. Le choix de l'épisiotomie seule, sans déchirure vaginale associée, permet d'avoir des femmes avec des lésions périnéales similaires, toujours dans l'optique d'une population la plus homogène possible. L'exclusion des patientes avec un antécédent de vulvoplastie ou de mutilation sexuelle a été faite car le périnée a été modifié dans son apparence. Les patientes ayant subi une intervention durant l'accouchement ou le post-partum (aide instrumentale, délivrance artificielle, reprise chirurgicale...) et ayant eu une grossesse multiple ne sont pas incluses, car une intervention supplémentaire au niveau du périnée peut induire une perception différente.

La taille de l'échantillon est de 15 patientes.

E) Lieu :

Le choix du lieu d'enquête s'est fait suite à un sondage auprès des coordinateurs de santé des maternités d'Île-de-France pour connaître leur taux annuel d'épisiotomies.

A la suite des réponses obtenues, le choix s'est porté sur la maternité du centre hospitalier intercommunal André Grégoire de Montreuil. Cet établissement public de santé comprend une maternité de type III. En 2015, le service a réalisé 3808 accouchements, avec un taux d'épisiotomie à 22%, soit 691 sur 3103 accouchements voie basse, dont 2408 non instrumentaux. Le nombre important d'accouchements, la facilité d'accès indispensable à une étude présentielle, ainsi que l'accueil favorable de l'équipe, ont fait de cet établissement le lieu idéal pour cette étude. Suite à l'enquête, les statistiques de 2016 ont révélé un nombre d'accouchements annuel à 4048, avec 2627 accouchements par voie basse non instrumentale. Concernant l'épisiotomie, le nombre pour les accouchements voie basse non instrumentaux était de 247 soit 9% contre 17,5% pour les accouchements voie basse totaux (567 sur 3244 accouchements par voie basse).

F) Déroulement de la séance de dessin :

Un appel régulier est effectué dans le service afin de prendre connaissance de la présence ou non de femmes entrant dans les critères d'inclusion, suite à quoi les patientes sont sélectionnées.

L'outil de cette enquête est l'analyse de dessin. L'évaluation consiste à demander aux femmes de dessiner leur périnée, durant leur séjour en suites de couches, comme elles le voyaient avant l'accouchement, puis comme elles le perçoivent le jour de la rencontre.

Cette enquête se déroule en deux temps. La première partie consiste à faire un recueil de données dans le dossier médical, afin de déterminer le profil de la patiente [annexe 1]. Les données recueillies seront développées dans la partie résultats. Ensuite, une rencontre avec la patiente est immédiatement organisée dans sa chambre. Si des visiteurs sont présents, il leur est demandé de sortir. L'entretien commence par une explication de l'étude, sans préciser que ce sont les femmes avec épisiotomie qui sont incluses. Le consentement de participation à l'étude est établi de façon orale et retranscrit sur la fiche de recueil de données.

Une fois le consentement recueilli, la définition du périnée qui suit est énoncée à

toutes les participantes, afin qu'elles puissent avoir une idée précise de ce qui est demandé : « Le périnée est la région visible qui est délimitée par le pubis en avant, le coccyx en arrière et située entre les cuisses. Le coccyx est l'os terminal de la colonne vertébrale. Le pubis est l'os à l'avant du bassin ». Les questions éventuelles sont notées, ainsi que les réponses données.

La première feuille blanche format A4 est distribuée, ainsi qu'une palette de 18 feutres pour le choix des couleurs. La femme a pour consigne de dessiner son périnée comme elle le percevait avant l'accouchement. La patiente a alors un temps illimité pour réaliser son dessin. Les questions ou remarques énoncées par la femme sont retranscrites, ainsi que les réponses qu'elle a obtenues. Elles ne peuvent pas avoir accès à des moyens de communication tels qu'internet, ou encore aller regarder la zone dans un miroir à ce moment-là. Une fois le dessin terminé, une description de celui-ci est demandée.

Une seconde feuille blanche format A4 est présentée à la femme, avec pour consigne de dessiner son périnée comme perçu le jour de l'entretien. Les remarques et questions éventuelles, ainsi que les réponses données, sont retranscrites. De nouveau, une description du dessin est demandée lorsqu'elle estime avoir terminé.

A la fin de l'entretien, il est proposé aux patientes de voir un schéma de périnée. Le schéma présenté est la planche anatomique du Netter [annexe 2].

G) Outil de l'enquête :

L'analyse des dessins a été faite à l'aide de tableaux qui regroupaient les différents éléments du périnée en pré et post-natal. Pour chaque élément, les critères suivants étaient évalués : présent, absent, bien placé, mal placé, proportionnel (moins, exact et plus) et couleur. Pour le tableau du post-partum, une ligne « épisiotomie » a été ajoutée. Un troisième tableau rassemblait les critères de l'épisiotomie suivant : positionnement, aspect, longueur et couleur. Les résultats des tableaux de chaque dessin ont été mis en commun [annexe 3]. Ces résultats ont été mis en lien avec les descriptions individuelles de chaque dessin.

Pour analyser le lien entre le profil de la population et la connaissance du périnée, le nombre d'éléments présents par dessin a été croisé à certains critères du recueil de données [annexe 4]. Deux groupes ont été formés, le premier avec les femmes qui seront considérées comme ayant une connaissance faible de leur périnée, avec un nombre d'éléments attendus compris entre zéro et trois. Le second inclut les femmes avec un nombre d'éléments du périnée présents compris entre quatre et six. Le choix de cette catégorisation est fondé sur le fait que les femmes qui ne dessinaient que quatre ou cinq éléments de leur périnée ne représentaient pas le méat urinaire et/ou l'anus, qui sont des éléments non en lien avec l'accouchement et l'épisiotomie. Un troisième groupe a été formé avec les patientes ayant dessiné leur épisiotomie. Les éléments du recueil de données retenues comme étant les plus pertinents sont l'âge, le suivi gynécologique, le suivi de la grossesse, les antécédents obstétricaux, la participation à des séances de PNP et le jour du post-partum.

V) Résultats :

A) Population :

Pour ce mémoire, 16 patientes sont entrées dans la population durant la période d'étude. Une femme a refusé de participer car dessiner provoquait des angoisses chez elle.

a) Profil de la population :

L'âge moyen de la population est de 28,4 ans. Il y a dix femmes dans la tranche d'âge 20-29 ans et six dans la tranche 30-39 ans. La patiente la plus jeune a 20 ans et la plus âgée a 37 ans.

Concernant l'activité professionnelle, sept femmes sont des employées, cinq sont sans activité professionnelle, dont deux étudiantes, et quatre sont en profession intermédiaire.

L'origine géographique des patientes a été collectée. Sept femmes sont originaires d'Afrique du Nord, trois d'Afrique subsaharienne, trois de France métropolitaine, deux d'Europe du Sud et une de Turquie.

Concernant la situation familiale, onze femmes sur seize sont mariées. Deux patientes sont pacsées, une vit en couple, une est divorcée et une est célibataire.

b) Les antécédents :

Les antécédents obstétricaux des patientes ont été relevés. Onze patientes n'ont pas d'antécédents notables, trois ont un antécédent d'interruption volontaire de grossesse (IVG) seule, une de fausse couche spontanée (FCS) seule et une a des antécédents d'IVG et de FCS associées.

Parmi les antécédents gynécologiques, une femme a eu un parcours de procréation médicalement assistée et une a un antécédent d'herpès génital, en dehors de la grossesse.

Concernant les maladies chroniques, neuf n'en ont pas. Parmi les sept autres femmes, deux ont des infections urinaires à répétition, compliquées pour l'une d'elle, de pyélonéphrites. Contrairement aux autres, ce sont des maladies chroniques en lien avec le périnée.

Six femmes ont des antécédents chirurgicaux, mais aucun n'est en lien avec le périnée.

c) Le suivi gynécologique et de grossesse :

Quatre femmes n'ont pas eu de suivi gynécologique avant la grossesse. Pour les douze autres, une est suivie par son médecin traitant, les autres sont suivies par un gynécologue.

Toutes les femmes interrogées ont eu un suivi pour leur grossesse. Cinq femmes ont eu un suivi complet à l'hôpital par les sages-femmes et les médecins de consultation. Pour les autres, elles ont eu un suivi en ville puis à l'hôpital en fin de grossesse. Cinq femmes étaient, pour la première partie de la grossesse, suivies par un gynécologue, quatre par une sage-femme et deux par leur médecin traitant.

Quatre femmes ont eu une pathologie pendant la grossesse. Deux patientes ont eu un diabète gestationnel, une a développé une cholestase gravidique et une dernière a été hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré à 31 SA et pour pyélonéphrite à 19 SA.

Onze femmes n'ont pas participé à des séances de PNP. Parmi les cinq patientes ayant assisté à des séances de PNP, trois ont bénéficié des sept séances classiques dispensées par une sage-femme. Une femme n'en a fait que cinq, toujours auprès d'une sage-femme. Et enfin, une a assisté à quatorze séances, sept séances classiques par une sage-femme libérale et sept séances d'haptonomie effectuées par une psychologue.

d) L'accouchement :

Toutes les femmes incluses dans cette étude ont accouché à terme. Douze femmes ont accouché entre 37 et 41 SA et quatre à plus de 41 SA.

Tous les accouchements ont été réalisés par une sage-femme. Deux d'entre eux ont été réalisés en association avec une étudiante sage-femme dont l'année d'étude n'était pas précisée.

Toutes les femmes étaient sous anesthésie péridurale pour l'accouchement.

Lors de la séance de dessin, toutes les femmes n'étaient pas au même jour du post-partum. Deux femmes étaient à J0, deux à J1, cinq à J2, trois à J3, deux à J4, une à J5 et une à J7. Les femmes étaient donc en moyenne à deux jours et demi du post-partum.

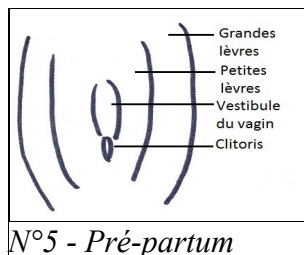
B) Le périnée dans le pré-partum :

Pour connaître les perceptions du périnée par les femmes suite à une épisiotomie et, plus précisément, pour évaluer leur connaissance du périnée, les dessins du périnée avant l'accouchement ont été analysés.

Tableau 1 : Tableau du pré-partum :

Éléments	Présent	Absent	Bien placé	Mal placé	Proportionnel		
					Moins	Exact	Plus
Le prépuce du clitoris/ clitoris	8/15 N°4,5,7,10, 11,12,13,15	7/15 N°1,2,6,8, 9,14,16	6/8 N°4,7,10,12, 13,15	2/8 N°5,11		4/8 N°4,12,5, 11	4/8 N°7,10, 13,15
Les grandes lèvres	13/15	2/15 N°1,2	13/13			13/13	
Les petites lèvres	7/15 N°4,5,10,11, 12,13,14	8/15 N°1,2,6,7,8 ,9,15,16	6/7 N°4,5,10,11, 12,14	1/7 N°13	1/7 N°13	6/7 N°4,5,10, 11,12,14	
Le méat urinaire	2/15 N°10,16	13/15	2/2			1/2 N°10	1/2 N°16
Le vestibule du vagin	13/15	2/15 N°1,8	13/13		4/13 N°2,13, 14,15	9/13 N°4,5,6,7, 9,10,11, 12,16	
L'anus	5/15 N°2,4,10,11, 12	10/15	5/5			2/5 N°11,12	3/5 N°2 ,4,10

a) Prépuce du clitoris/ clitoris :

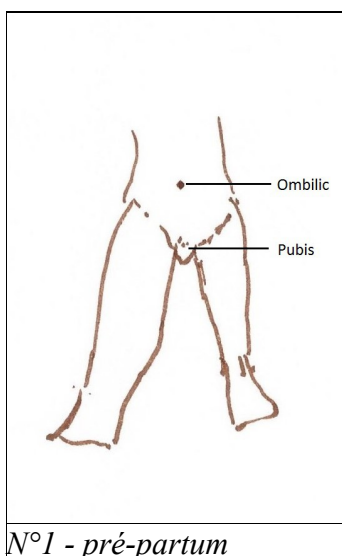


Quatre des clitoris représentés étaient dans des proportions plus importantes que la réalité. Les clitoris étaient de taille égale au vestibule du vagin dans un cas (N°7), ou plus grand que celui-ci pour les autres (N°10, 13, 15). Concernant les deux clitoris mal placés, l'un est dessiné sous le vagin, au-dessus de l'anus (N°5) et le second au-dessus des petites lèvres et non entre celles-ci (N°11). Toutes les patientes ayant dessiné le clitoris le nomment, lors de l'explication du dessin, hormis la patiente N°10 qui le décrit comme une zone sensible du périnée.

b) Les grandes lèvres :

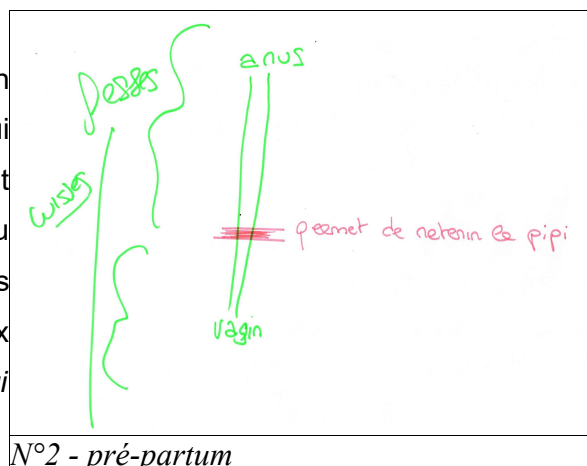
Certaines femmes, qui ne dessinent pas les petites lèvres, nomment simplement « les lèvres ». On peut se demander si c'est parce qu'elles ont une méconnaissance des petites lèvres ou bien si elles ne distinguent pas les deux types de lèvres (N°7, 8, 9, 16).

Les autres femmes décrivent bien en disant « *grandes lèvres* » (N°4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15).



La première patiente, qui n'a pas dessiné ses grandes lèvres, ne visualisait pas du tout son anatomie du périnée et dit ne l'avoir jamais vu. Elle s'est dessinée de face et debout. Nous pouvons imaginer que c'est ce qu'elle observe lorsqu'elle se voit dans un miroir. Par ailleurs, cette patiente n'a dessiné aucun élément du périnée, seul le pubis est visible sur les dessins (N°1).

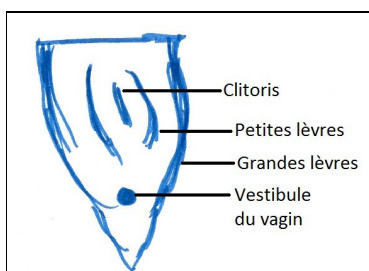
La seconde patiente a dessiné son périnée comme deux traits parallèles, qui vont des fesses au pubis et qui se situent entre les cuisses. C'est un espace continu qui contient le vagin et l'anus, sans délimitation à l'avant ni à l'arrière. Ces deux éléments sont séparés par un « *muscle qui retient le pipi* » (N°2).



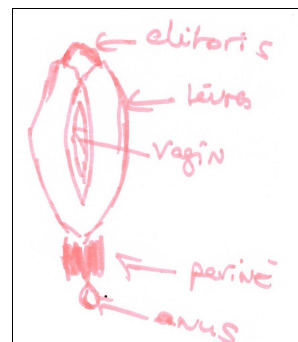
c) Les petites lèvres :

Toutes les patientes qui ont représenté leurs petites lèvres les ont nommées correctement. Seule une de ces patientes ne les a pas bien positionnées dans le périnée : elles n'entourent que le clitoris, par conséquent elles sont proportionnellement plus petites que dans la réalité (N°13). La patiente N°12 dessine une « *petite excroissance* » sous ses petites lèvres. Ce détail montre qu'elle connaît cette partie de son corps.

La patiente N°15 dit avoir oublié les petites lèvres lorsque celles-ci sont présentées sur la planche anatomique, à la fin de l'entretien. C'est une preuve de sa connaissance de cet élément, malgré l'oubli sur les dessins.



N°13 - Pré-partum

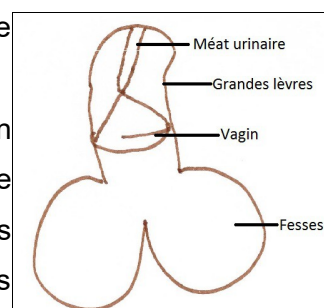


N°12 - Pré-partum

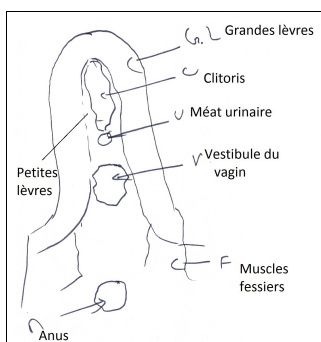
d) Le méat urinaire :

Les deux patientes qui ont dessiné leur méat urinaire l'appellent le « *trou pour le pipi* » (N°10, 16).

La patiente N°2 l'évoque à travers son dessin et parle d'un « *muscle qui retient le pipi* », entre le vagin et l'anus. Elle ne dessine pas de méat, mais évoque le rôle d'évacuateur d'urines du périnée à travers le rôle de continence des muscles périnéaux.



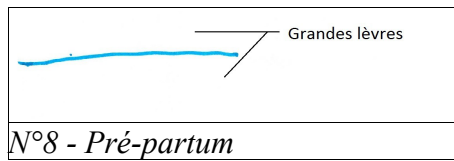
N°16 - Pré-partum



N°10 - Pré-partum

Une des femmes qui l'a dessiné est la seule à avoir représenté la totalité des éléments du périnée et qui les a tous placés correctement (N°10).

e) Le vestibule du vagin :



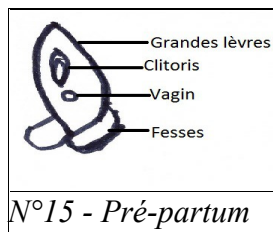
Les dessins où le vestibule du vagin n'était pas présent ne présentaient aucun élément du périnée (N°1), ou bien seulement les grandes lèvres (N°8).

Cette dernière ne dessine qu'un trait qui « *retient tout* », qui est la jonction entre les grandes lèvres, qu'elle nomme « *lèvres* ». Elle représente d'avantage la fonction de la zone que son apparence. Ces deux patientes ne visualisent pas du tout leur périnée.

Les patientes N°13 et 15 n'utilisent pas le mot vagin, ni entrée du vagin, pour décrire le vestibule du vagin, elles le nomment respectivement « *par où sort le bébé* » et « *le trou* ».

f) L'anus :

Certaines femmes ne dessinent pas directement leur anus. La patiente N°5 le décrit oralement lors de la description de son dessin, sous le clitoris. La patiente N°13 l'évoque en expliquant que l'épisiotomie va vers celui-ci.



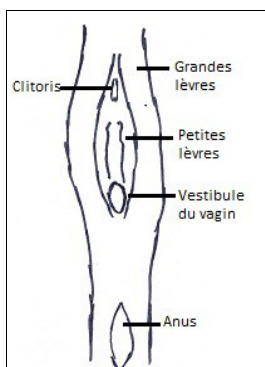
Les femmes N°15 et 16 ne le représentent pas, mais dessinent leurs fesses. La patiente N°10 a dessiné son anus et ses fesses. Ses fesses sont dessinées comme deux muscles parallèles de part et d'autre de l'anus, qu'elle décrit comme se contractant pour retenir les selles.

Pour le dessin N°2, la patiente dessine son anus comme deux traits parallèles, en continuité avec le vagin, séparés par un « *muscle qui retient le pipi* ». Les autres patientes l'ont dessiné comme un cercle (N°4,10,11,12).

On remarque que trois anus sont dans des proportions plus importantes, car plus grand que l'entrée du vagin (N°2,4) ou de taille équivalente (N°10).

g) Nombre d'éléments présents par dessin :

Il n'y a eu qu'une patiente qui a dessiné l'ensemble des éléments du périnée (N°10).



N°4 - Pré-partum

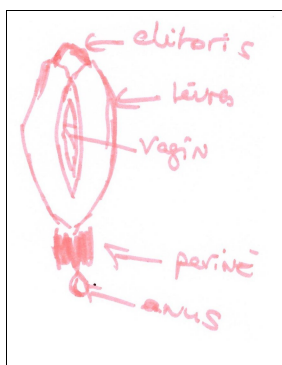
Trois patientes ont dessiné cinq éléments sur les six du périnée. Pour ces patientes, l'élément manquant était le méat urinaire (N°4, 11, 12).

Deux patientes ont dessiné quatre éléments. Les éléments manquant étaient le méat urinaire et l'anus (N°5, 13).

La patiente qui n'a dessiné qu'un élément n'a représenté que les grandes lèvres, qui sont les éléments le plus aisément visibles par la femme (N°8).

Et enfin, une femme n'a dessiné aucun élément du périnée (N°1).

h) Périnée et noyau fibreux central du périnée ou centre tendineux du périnée :



N°11 - Pré-partum

Trois femmes ont dessiné une zone de maintien entre la partie inférieure du vestibule du vagin et l'anus (N°2, 11, 12).

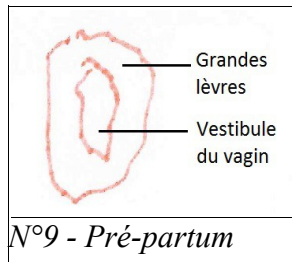
Cet élément est le noyau fibreux central du périnée ou centre tendineux du périnée. C'est une zone tendineuse, sur laquelle viennent s'insérer les muscles superficiels du périnée. Cet élément ne faisait pas partie des critères retenus de connaissance du périnée pour cette étude.

Deux de ces femmes l'ont appelé « *périnée* », c'est par ce nom qu'elles le connaissent malgré la définition donnée au début de la séance de dessin (N°11, 12). La troisième l'a nommé comme : « *le muscle qui retient le pipi* » (N°2).

i) Choix des couleurs :

Toutes les femmes ont dessiné leur périnée dans une couleur unique, excepté la patiente N°2. Elle a représenté un muscle séparant le vagin de l'anus d'une couleur différente de ces deux éléments. L'ensemble de son dessin est en vert clair et le muscle est représenté en rose.

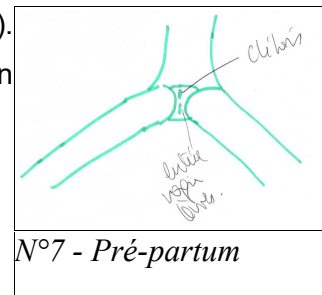
Six dessins ont été réalisés en noir (N°4, 5, 10, 12, 14, 15).



Deux dessins ont été réalisés en marron (N°1, 16) et une femme a dessiné en beige (N°9).

Un dessin a été réalisé en rose (N°11).

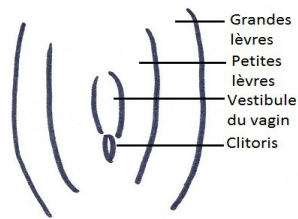
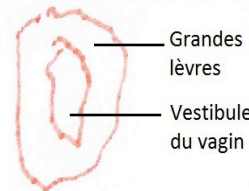
Deux dessins ont été réalisés en bleu marine (N°8, 13). Deux dessins ont été réalisés en vert clair (N°2, 6). Et enfin, un dessin a été réalisé en turquoise (N°7).

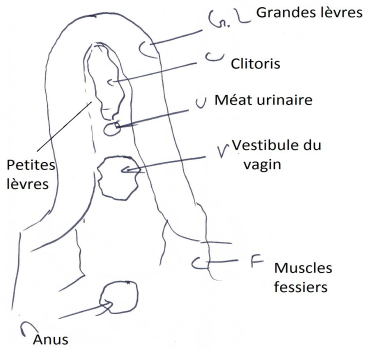
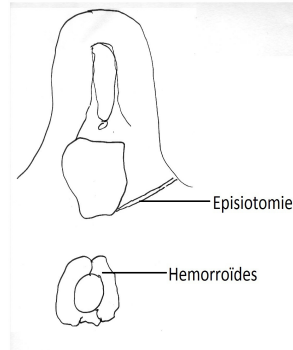
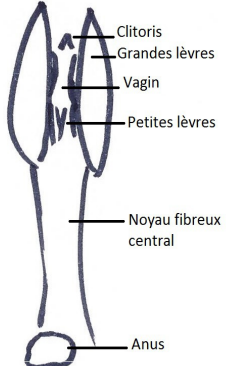
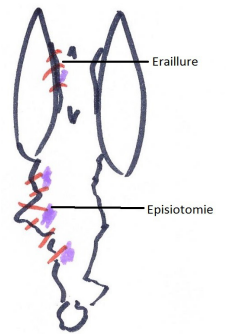


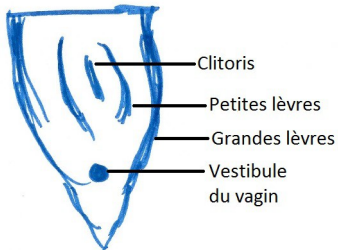
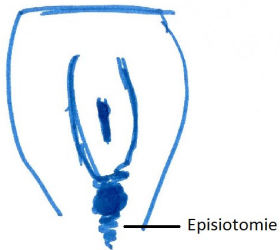
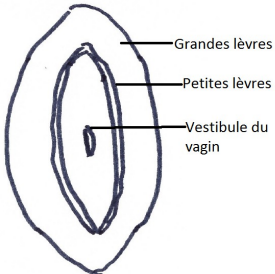
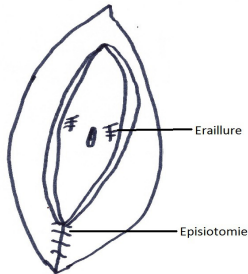
C) Le périnée dans le post-partum :

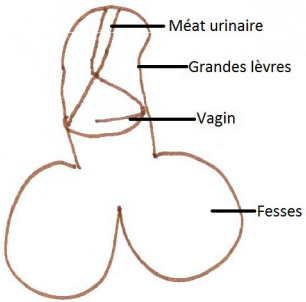
Les mêmes éléments sont présents lors du dessin après l'accouchement et ont le même positionnement, seul leur aspect est modifié [annexe 3].

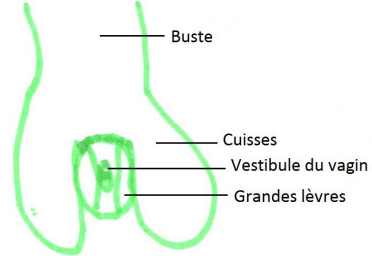
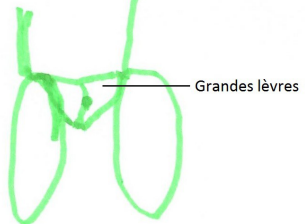
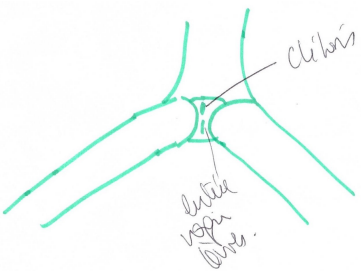
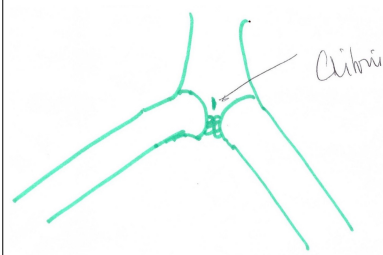
Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partu
Béance	2	La patiente dessine, avant l'accouchement, son périnée avec deux lignes parallèles, espacées de 3 mm à 1 cm. Après l'accouchement, ces deux traits sont plus espacés, ils sont à environ 2 cm l'un de l'autre.		
	4	La patiente dessine un vestibule du vagin de forme ovale. Celui-ci est plus béant après l'accouchement. En effet, il double de diamètre et passe de 5 mm de large et 1 cm de haut à 1cm de large et 2 cm de haut. Les grandes lèvres passent de 3 à 4 cm d'espacement. Les petites lèvres passent de 1,5 à 2,5 cm d'écartement. De plus, alors que sur le dessin du pré-partum elles se rejoignent à la partie inférieure de l'entrée du vagin, les petites lèvres ne se terminent qu'au milieu du vestibule du vagin sur le second. Il existe aussi une perte de frontière à la partie inférieure des petites lèvres, le dessin est nettement moins défini. L'anus, lui, est de diamètre équivalent sur les deux dessins.		

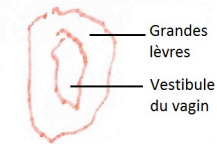
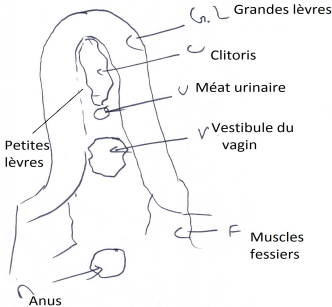
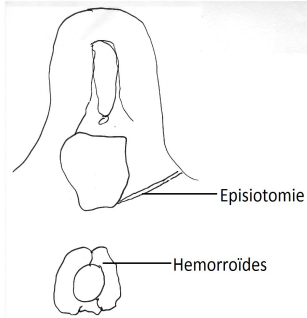
Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partu
	5	La patiente représente ses grandes lèvres, ses petites lèvres et l'entrée de son vagin comme des lignes parallèles, qui ne se rejoignent pas pour les deux premiers et qui se rejoignent aux extrémités pour le dernier. Sur le dessin du post-partum, tous ces traits sont plus espacés. Pour les grandes lèvres, on passe d'un écart de 4 à 5 cm, pour les petites lèvres, de 2,5 à 3 cm et enfin, pour le vestibule du vagin, de 5 mm à 1,5 cm.		
	9	La patiente ne dessine que ses lèvres et l'entrée de son vagin. Ce sont deux ovales, l'un dans l'autre. Celui représentant le vestibule du vagin mesure 1,5 cm sur 5 mm avant l'accouchement et 2 cm sur 1 cm après l'accouchement. L'écart entre les grandes lèvres est, par conséquent, plus important aussi.		

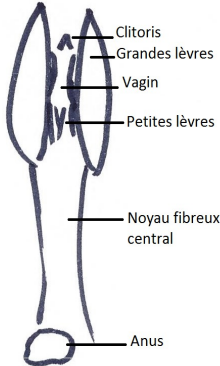
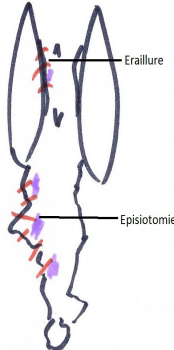
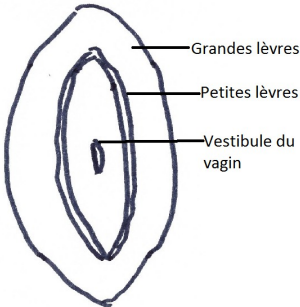
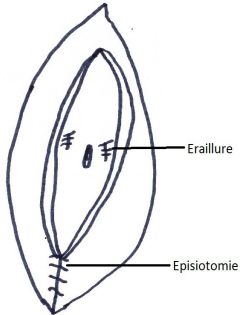
Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partu
	10	La femme dit que son périnée est « <i>plus grand</i> ». Sur le dessin après l'accouchement, le vestibule du vagin est plus béant. Celui-ci passe d'un cercle de 2-3 cm à 6 cm de diamètre, soit le double. Nous remarquons également qu'il existe une perte d'informations, une perte de contour qui peut accentuer cette idée de béance.		
	12	La femme dessine le vestibule du vagin comme l'espace entre les petites lèvres. La patiente décrit celui-ci comme plus large, et le représente en dessinant l'espace entre les petites lèvres, séparées de 5 mm dans le premier dessin et d'un centimètre pour le second. Cet espace a doublé entre les deux dessins.		

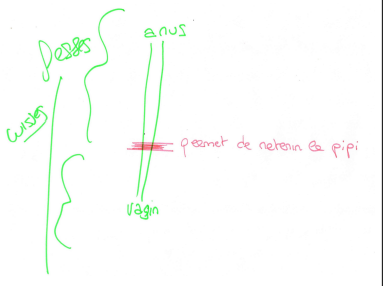
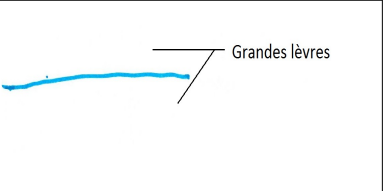
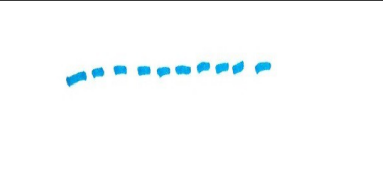
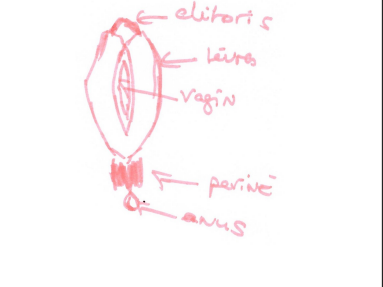
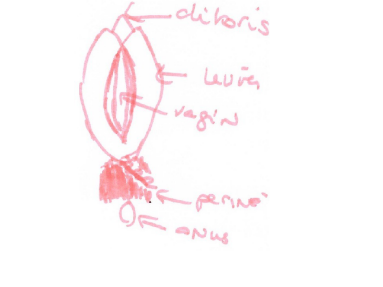
Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partu
	13	La patiente représente son vestibule du vagin par un rond plein. Celui-ci passe d'un diamètre de 5 mm à 1 cm, soit le double. Les autres éléments du périnée, eux, ne sont pas plus larges. Il existe également une perte de frontière dans le dessin du post-partum, le périnée s'ouvre à la partie inférieure du périnée, qui peut accentuer cette idée.		
	14	La femme dessine l'ensemble de son périnée plus large, hormis le vestibule du vagin. L'espace entre les petites lèvres passe de 5 cm sur 1,5 cm à 8 cm sur 2 cm.		

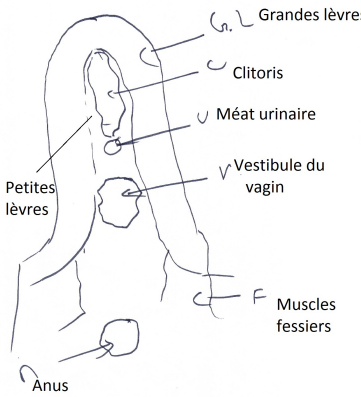
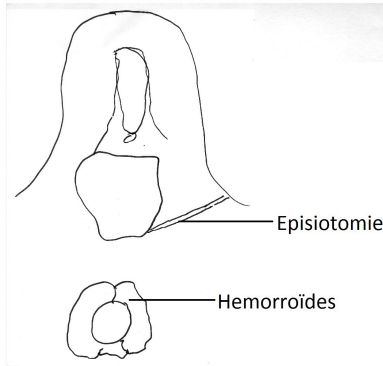
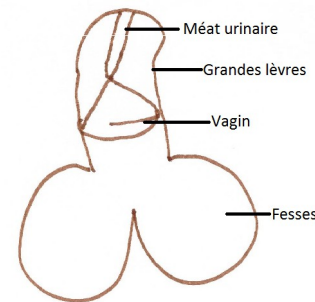
Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partu
	16	La patiente dessine son vestibule du vagin plus béant après l'accouchement. Il est représenté par un cercle, entre les lèvres. La distance entre celles-ci est de 2 cm pour le premier dessin et de 2,5 cm pour le second.		

Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partum
Œdème	6	La patiente se dessine assise avec les jambes écartées. Seul le vestibule du vagin et les grandes lèvres sont représentés sur ses dessins. La forme des grandes lèvres change entre les deux illustrations. Avant l'accouchement, elle dessine son périnée comme rond, avec les grandes lèvres ouvertes qui laissent voir l'entrée du vagin. Après l'accouchement, ses grandes lèvres changent de forme et deviennent « <i>triangulaires</i> », comme le montre le dessin et comme le décrit la patiente. En plus de ce changement, celles-ci ne laisse plus qu'apercevoir le vestibule du vagin. La femme explique ce changement de forme et ce manque de visibilité par : « <i>un gonflement</i> » des grandes lèvres. Elle explique qu'elle a pris une photo de sa vulve la veille pour voir son périnée et que c'est cela qu'elle a dessiné.		
	7	La patiente se dessine assise, les jambes écartées. Avant l'accouchement, l'entrée de son vagin est représentée par un trait. Après l'accouchement, le périnée est représenté et décrit par des « <i>boules</i> » qui se trouvent tout autour de l'entrée du vagin, sur les lèvres et autour des sutures. Ces « <i>boules</i> » représentent un œdème probable de la vulve qui exerce une tension sur les points de suture. Nous remarquons que l'espace entre les cuisses est plus resserré lors du dessin du post-partum, probablement lié à l'œdème, et que le vestibule du vagin n'est plus visible.		

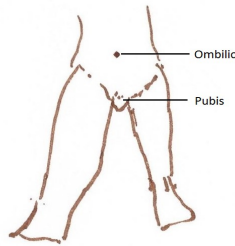
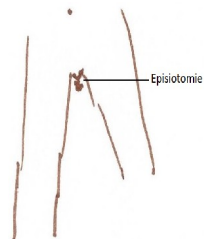
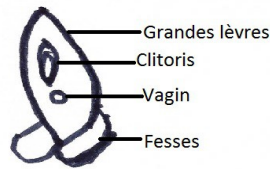
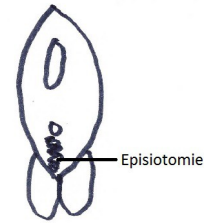
Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partum
	9	Avant l'accouchement, le dessin est réalisé en beige, couleur de la peau de la femme. Après l'accouchement, elle dessine son périnée en rose. La patiente décrit son périnée comme oedématié. Cet œdème est aussi visible sur son dessin, avec la largeur des lèvres qui double et passe de 5 mm en moyenne à 1 cm.	 Grandes lèvres Vestibule du vagin	
	10	Les grandes lèvres sur le dessin passent d'une largeur de 2 cm à 3,5 cm après l'accouchement. La femme décrit ses grandes lèvres comme « gonflées ».	 Grandes lèvres Clitoris Méat urinaire Vestibule du vagin Petites lèvres F Muscles fessiers Anus	 Episiotomie Hémorroïdes

Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partum
	12	Sur le dessin après l'accouchement, la femme dessine des zones violettes autour des points de suture de l'épisiotomie et de l'éraillure de la petite lèvre droite. Ces parties violettes correspondent à une zone oedématiée d'après la description de la femme.		
	14	La largeur des petites et des grandes lèvres est plus importante dans le second dessin. Concernant les grandes lèvres, on passe de 1-1,5 cm à 1,5-2 cm. Pour les petites lèvres, l'écart n'est pas aussi important, mais est visible sur le dessin.		

Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partum
Relâchement	2	La patiente dessine, avant l'accouchement, « <i>un muscle</i> » qui sépare perpendiculairement le vagin de l'anus, qui est représenté par deux traits parallèles. Ce « <i>muscle</i> » mesure 5 mm et « <i>permet de retenir le pipi</i> ». Après l'accouchement, ce « <i>muscle</i> » est distendu, il mesure 3 cm. Ainsi, il perd son rôle de maintien et de continence. La patiente évoque des fuites urinaires depuis l'accouchement.		
	8	La femme dessine son périnée par une ligne qui « <i>retient tout</i> ». Après l'accouchement, cette femme dessine le même trait en pointillé. Ce passage d'une ligne continue à une ligne discontinue représente son périnée qui « <i>ne retient plus rien</i> ».		
	11	La patiente représente le noyau fibreux du périnée comme le « <i>périnée</i> ». Après l'accouchement, la femme le décrit comme relâché. Cette sensation est visible avec une hauteur et une largeur plus importantes de cette partie. Le noyau mesure 1 cm sur 1 cm avant l'accouchement, contre 2 cm de largeur et 1,5 cm de hauteur pour le second dessin. C'était l'élément de maintien principal du périnée évoqué par la parturiente.		

Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partum
Prolapsus	10	La patiente décrit que « <i>tout ressort</i> » après l'accouchement. C'est dû au fait que le « <i>bébé a appuyé sur tout</i> » d'après la femme. Sur son dessin, cette notion n'est pas visible au niveau de la vulve. Par ailleurs, la femme a dessiné trois hémorroïdes au niveau de son anus. Les hémorroïdes sont des veines dilatées qui forment des masses au niveau de l'an. Elles donnent une sensation d'extériorisation d'éléments habituellement intra-rectales.		
	16	La patiente explique qu'elle a la sensation que l'intérieur de son vagin s'extériorise. Elle le représente par un second cercle au centre de celui qui représente le vestibule du vagin après l'accouchement.		

Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partum
Modification des sensations	2	La patiente dessine, sur le dessin du pré-partum, deux lignes droites et parallèles. Après l'accouchement, celles-ci ne sont plus linéaires. La femme évoque que cela représente la perte de sensations. De plus, la patiente représente un « <i>muscle</i> » qui sépare le vagin et l'anus. Celui-ci devient une « <i>zone insensibilisée</i> », la patiente a « <i>l'impression de ne plus avoir de muscle</i> ».		
	10	La patiente décrit une perte de sensations au niveau du méat urinaire. En effet, elle dit que « <i>le trou pour le pipi est nulle part</i> ». Pourtant, sur les dessins, le méat urinaire est représenté de façon identique. La perte de sensation ne change pas la perception du périnée. Cette sensation est probablement en lien avec une incontinence urinaire, régulièrement présente dans les premiers jours post-partum, que la femme n'a pas évoquée à l'oral.		

Type de changement	N°	Descriptions dessins	Dessins	
			Pré-partum	Post-partum
Pas de changement	1	La patiente n'a pas de notion de l'anatomie de son périnée. Aucun élément n'est présent pour le premier dessin. Par conséquent, il en est de même pour le second.		
	15	La patiente dessine son périnée de façon identique pour le pré et le post-partum. Celui-ci est plus grand sur le second dessin mais la femme explique que c'est « <i>parce qu'on ne voyait pas bien sur le premier</i> ».		

D) Épisiotomie :

Tableau 3 : Épisiotomie :

Présence	Oui : 9/15 N°1,4,7,10,11,12,13,14,15	Non : 6/15	
Positionnement	Exact : 1/9 N°4	Non exact : 8/9	
Longueur	Moins : 1/9 N°4	Exact : 5/9 N°10,11, 12,13,14	Plus : 3/9 N°1,7,15
Aspect	Exact : 7/9	Non exact : 2/9 N°7,10	

a) Mots employés :

Les femmes n'emploient pas toutes les mêmes termes pour parler de leur épisiotomie. Six femmes sur les quinze interrogées ont utilisé le mot « *épisiotomie* » ou le raccourci « *épisio* » (N°6, 8, 11, 12, 13, 14). Certaines l'évoquent à l'oral sans la dessiner. C'est le cas des patientes N°6 et 8. La première explique qu'elle a pris une photo de son périnée la veille et que, puisqu'elle ne l'a pas vue dessus, elle n'arrive pas à la visualiser et donc à la retranscrire (N°6). La seconde n'a aucune notion de l'apparence de son périnée (N°8). Elle ne dessine qu'un trait discontinu pour le représenter après l'accouchement. Ce trait représente le manque de maintien qu'elle ressent et qui serait une conséquence de l'épisiotomie, qu'elle évoque à l'oral. Elle connaît le mot, mais ne sait pas ce qu'il signifie. En ne connaissant pas son anatomie, elle ne peut comprendre ce geste ni ce qu'il induit sur son corps.

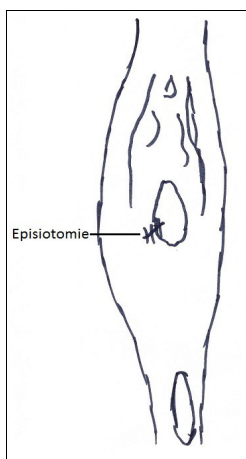
Trois patientes ont parlé de « *sutures* ». La femme N°7 ne parle de son épisiotomie que par ce terme. Contrairement à elle, les patientes N°11 et 12 n'évoquent pas la suture seule, elles l'associent respectivement au terme « *épisiotomie* » et à la formule « *on m'a coupée* ». Cette dernière patiente explique qu'elle a tout senti, durant le geste et la résection, et qu'elle sait exactement ce qu'il s'est passé et où cela se trouve. La patiente N°1 a utilisé le terme « *couture* » pour évoquer son épisiotomie. On peut la

rapprocher de la femme N°15, qui dit « *qu'on l'a recousue* ». Enfin, une femme parle de « *cicatrice* » (N°4) et une autre évoque le fait qu'on l'ait « *déchirée* » (N°10). Quatre sur les quinze femmes ayant participé à l'étude n'ont pas du tout évoqué ou dessiné d'épisiotomie, soit environ un tiers de la population.

b) Explications de la sage-femme :

Tous les accouchements ont été réalisés par des sages-femmes. Trois femmes évoquent les explications données par la sage-femme. La patiente N°10 dessine d'après les explications de celle-ci. Pour la femme N°12, c'est surtout par rapport au dessin du périnée « *qu'elle essaie de se rappeler ce que la sage-femme lui a montré* ». Enfin, pour la patiente N°13, elle évoque la sage-femme comme le professionnel de santé qui lui a dit qu'elle avait eu une épisiotomie. De plus, elle explique que celle-ci, suite à sa demande spontanée de voir son périnée, l'a invitée à se regarder dans un miroir en suites de couches, car elle n'en avait pas en salle de naissance.

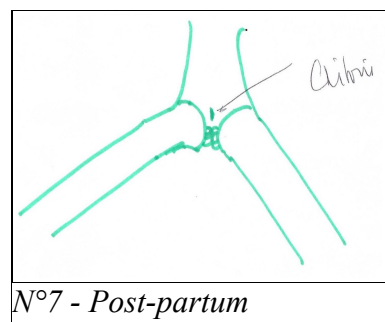
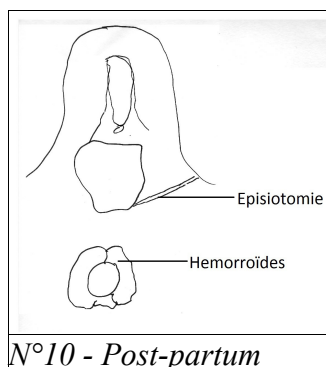
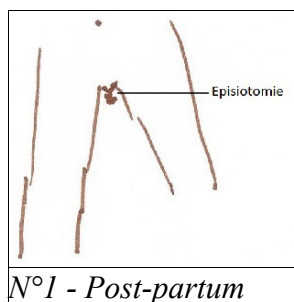
c) Positionnement :



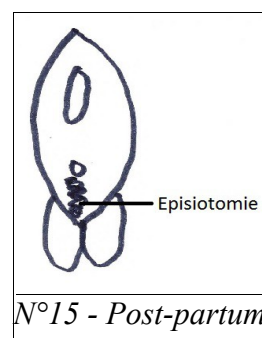
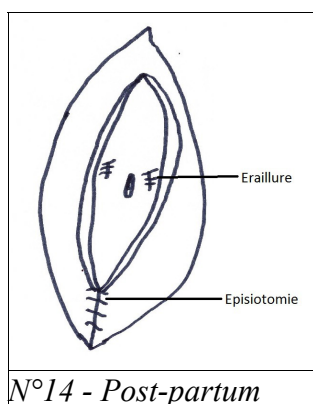
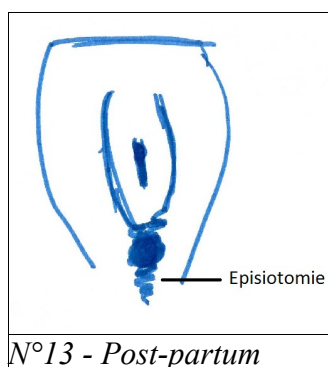
N°4 - Post-partum

Une seule femme a positionné correctement son épisiotomie (N°4). Elle l'a dessinée partant de l'entrée du vagin, à droite et avec un angle de 45° par rapport à la fourchette ano-vulvaire.

Les huit autres épisiotomies dessinées sont positionnées de manière incorrecte. La patiente N°1 l'a dessinée sur la partie antérieure de son pubis. La patiente N°7, elle, l'a positionnée de façon bilatérale sur les lèvres, autour de l'entrée du vagin. La patiente N°10 l'a dessinée à la partie inférieure de l'entrée du vagin et à sa droite, mais celle-ci est dirigée vers la partie antérieure du périnée. Cela est possiblement expliqué par l'information fournie par la sage-femme, qui a dit que c'était « *pour ne pas que ça se déchire vers l'anus* ». L'épisiotomie étant orientée vers le haut, elle ne se dirige pas vers l'anus.



Les patientes N°11 et 12 dessinent leur épisiotomie à leur droite, mais celle-ci part de la partie inférieure des grandes lèvres et non de l'entrée du vagin. Pour la patiente N°12, l'angle de celle-ci n'est pas correct, elle part verticalement vers l'anus. La femme N°11 la dessine dans un angle correct avec une bonne longueur. Les patientes N°13, 14 et 15 dessinent leurs épisiotomies verticalement. Les points de départ et d'arrivée varient. Pour la femme N°13, l'épisiotomie part de la partie inférieure des petites lèvres, qui n'entourent que le clitoris, puis traverse de part en part le vestibule du vagin. La patiente N°14 la dessine à partir de la partie inférieure des petites lèvres. La patiente N°15, elle, dessine son épisiotomie avec comme point de départ la partie inférieure du vagin, jusqu'aux fesses.



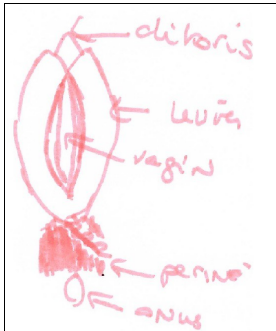
Les femmes N°13 et 15 expliquent qu'elles ont dessiné leur épisiotomie à partir de leurs sensations et que celles-ci étaient proches de leur anus. Cela transparaît dans leurs dessins. Pour le N°13, l'épisiotomie est verticale vers l'anus, qu'elle ne dessine pas mais qu'elle montre, durant la phase d'explications, sous la partie inférieure de l'épisiotomie.

d) Longueur :

Pour la femme N°1, la suture est importante par rapport à la taille globale du dessin. Pour la N°7, elle est plus importante car elle occupe toute les grandes lèvres, de

façon bilatérale. Enfin, pour la N°15, elle est importante proportionnellement à la taille de l'entrée du vagin.

e) Aspect :

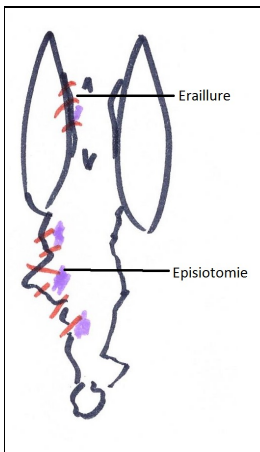


N°11 - Post-partum

Concernant l'aspect, sept femmes ont dessiné des points de suture (N°1,4,11,12,13,14,15), ce qui est l'aspect exact de leur épisiotomie. Dans les dossiers obstétricaux, il est indiqué qu'elles ont été suturées par la méthode un fil, un nœud ou bien sans précision. Il n'est pas indiqué si des sutures intradermiques ont été effectuées. On considère alors que les sutures sont visibles. Une patiente n'a pas dessiné de sutures, mais des « boules » qui les entourent (N°7).

D'après sa description, elle considère son épisiotomie comme une suture. La femme N°10 ne dessine pas non plus de points de suture, l'épisiotomie est représentée par deux traits parallèles. Elle explique « *qu'on l'a déchirée à droite pour ne pas que ça se déchire vers l'an* ». Sur le dessin, sont représentées deux berges qui sont séparées, non suturées. Cette femme dessine ce qu'elle imagine d'après les explications de la sage-femme.

f) Couleur :



N°12 - Post-partum

Concernant les couleurs, seule une femme a utilisé une couleur différente du périnée pour dessiner son épisiotomie. Elle explique qu'elle a utilisé le rouge pour les points de suture (N°12).

VI) Discussion :

A) Intérêts et limites :

Le dessin est le composant principal de cette étude. Il a été réalisé par la femme seule, sans aide extérieure de l'entourage ou d'autres sources d'informations. C'est un outil qui permet aux femmes ne sachant pas nommer certains éléments d'exposer leurs connaissances. Par exemple, les femmes qui ont dessiné « *le trou pour le pipi* », sur un schéma à annoter ou bien lors d'une description orale, n'auraient pas pu révéler leurs connaissances sans le dessin. Certaines femmes connaissent des éléments mais ne les intègrent pas à leur corps, cette approche permet d'évaluer les connaissances qu'elles ont de leur propre corps. L'outil du dessin leur a également permis de s'exprimer librement sur la vision des changements opérés sur leur corps. Cela peut s'avérer plus compliqué de le faire oralement ou par écrit.

Enfin, même si ce travail comporte des limites, il permet d'évaluer la connaissance par les femmes de leur anatomie qui est un sujet peu évalué.

C'est une étude monocentrique avec une petite population, les résultats ne sont pas généralisables.

Toutes les femmes n'avaient pas la nationalité française ou n'avaient pas passé leur enfance en France, ainsi la culture, l'éducation familiale et le niveau scolaire étaient variables d'une femme à l'autre. Il en était de même pour les professions qui étaient variées.

Il existe dans cette étude un biais de mémorisation des patientes : il leur est demandé de dessiner leur périnée comme elles le percevaient avant l'accouchement, alors qu'elles sont dans le post-partum. Leur dessin du pré-partum est influencé par la vision qu'elles en ont au moment du dessin.

Certaines femmes ont rencontré des difficultés à dessiner, c'est un exercice qui peut paraître difficile si on estime qu'on ne sait pas dessiner. C'est aussi un exercice inhabituel chez l'adulte, le dessin fait référence à l'enfance. De plus, il fait faire une projection de soi qui peut freiner certaines personnalités.

Pour l'analyse, il a été considéré que toutes les femmes avaient une épisiotomie équivalente, d'une taille moyenne. Pourtant, elles peuvent être de taille et d'orientation variables selon le praticien qui l'effectue. Les femmes n'ont pas été examinées lors de la

séance de dessin. Certaines épisiotomies qui ont été catégorisées non proportionnelles concernant la taille avaient peut-être des dessins représentatifs de la réalité, du fait de la variable liée au praticien. Cette analyse pose aussi problème du fait de la subjectivité de l'analyse, notamment concernant la proportionnalité des éléments les uns par rapport aux autres. Pour rendre cette analyse la plus objective possible, la planche du Netter a été prise comme référence [annexe 2].

Le périnée est une zone intime, la pudeur peut entrer en jeu et expliquer certains éléments manquants. Cela ne signifie pas que les femmes ont nécessairement une méconnaissance.

B) Première hypothèse : les femmes ont une connaissance incomplète du périnée :

La quasi-totalité des femmes dessinent le vestibule du vagin et les grandes lèvres. Ce sont des éléments du périnée connus dans cette population. Elles les placent et les nomment correctement. Ils sont représentés dans de bonnes proportions. La présence importante des grandes lèvres pourrait être expliquée puisque c'est l'élément le plus visible et accessible par la femme. Concernant le vestibule du vagin, la population interrogée est composée de femmes qui ont accouché dans les jours précédents, or le vagin est un élément en lien avec l'accouchement, ce qui peut expliquer cette présence. L'étude de 2012 qui évaluait la connaissances des femmes sur leur anatomie avec des schémas à annoter, a trouvé les résultats suivants : 64% des femmes avaient placé correctement le vestibule du vagin et 58% les grandes lèvres [26]. Certaines femmes dans notre étude n'arrivaient pas à nommer ces éléments. Le taux de connaissance est certainement plus important ici, car on voit qu'elles connaissent cet élément sans pour autant savoir le nommer. La population est aussi différente, car elle ne comprend que des femmes en post-partum immédiat [26].

Cinq femmes dessinent leur anus, deux l'évoquent à l'oral et deux dessinent leurs fesses. Cela fait neuf femmes sur quinze qui incluent leur anus dans leur périnée, soit les deux tiers. L'anus est un élément globalement connu dans cette population. Pour le dernier tiers de la population, il n'est pas évoqué, trois hypothèses peuvent être envisagées. Il peut ne pas être connu de ces patientes. Nous pouvons également supposer que ces femmes, qui sont dans le post-partum, ne pensent pas à la fonction de continence des selles de leur périnée. Il est également possible d'évoquer la pudeur. Pour

20% des femmes, parler de son périnée est tabou pour des raisons telles que la pudeur, l'intimité, leur méconnaissance ou encore le rôle sexuel de cette zone [19]. Pour le tiers, qui l'évoquent à l'oral ou bien ne dessinent que leurs fesses, on peut supposer que l'explication est plutôt un manque de connaissance concernant l'apparence de l'anus. L'étude qui auparavant a évalué les connaissances du périnée par les femmes révélait un taux plus important d'anus annotés, avec 90% de bonne réponse, ce qui indique une bonne connaissance de cet élément [26]. La différence de résultats entre cette étude et la nôtre semble plutôt expliquée par son absence de rôle dans l'accouchement, par pudeur ou par la difficulté à le dessiner.

Seule la moitié des femmes ont connaissance de leur clitoris et de leurs petites lèvres. La majorité de celles qui en ont connaissance, les nomment et les placent correctement. Les petites lèvres sont moins accessibles que les grandes lèvres. Concernant le clitoris, il est possible que les femmes qui viennent d'accoucher visualisent moins leur périnée comme un élément de la sexualité. L'absence de clitoris peut également être un reflet de leur pudeur [19]. Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans l'étude précédente concernant le clitoris, qui comptait 55% de réponses exactes. Concernant la connaissance des petites lèvres, les résultats ont tendance à être meilleurs ici, avec seulement 36% de bonnes réponses dans l'étude de 2012 [26]. On pourrait expliquer cela par une sensibilité plus grande des petites lèvres dans le post-partum, avec la présence d'œdème et d'éraillures par exemple.

Le méat urinaire est un élément peu connu de l'anatomie du périnée dans cette population. Lorsqu'il est présent, il est bien placé, mais il n'est pas nommé correctement. Ce résultat peut s'expliquer car c'est un élément peu visible pour les femmes même si elles ont été amenées à l'observer. On peut donc penser que ce composant anatomique n'a pas été expliqué aux femmes au cours de leur vie. Comme pour l'anus, les femmes peuvent ne pas penser à cet élément, qui est en lien avec la fonction de continence du périnée et non avec l'accouchement. Toutes les femmes ont accouché avec une anesthésie péridurale, elles ont par conséquent eu des sondages urinaires durant le travail. On peut s'interroger sur la connaissance de ce qui est fait lors de ce geste et si elles savent qu'elles évacuent l'urine par le méat urinaire. Ces résultats vont dans le même sens que ceux observés dans l'étude des schémas à annoter. Cette étude comptait seulement 13% de réponses exactes concernant le méat urinaire [26]. Ici, le taux pourrait être considéré comme plus faible, car les femmes qui dessinent leur méat ne savent pas

le nommer correctement.

Le choix des couleurs renseigne d'avantage sur le ressenti corporel que sur la perception. Les femmes qui ont participé à cette étude n'ont pas fait de commentaire concernant leur choix de couleur. La quasi-totalité des dessins ont été réalisés dans une couleur unique. Un tiers des illustrations est en noir, qui est une couleur classiquement utilisée dans le dessin d'adulte pour les contours du corps. Trois l'ont dessiné avec des couleurs probablement en lien avec la couleur de leur peau, qui est présente sur le périnée. Deux femmes ont utilisé le rose, une a dessiné l'ensemble de son dessin de cette teinte, ce qui évoque de la muqueuse, qui est présente sur le périnée, et la seconde l'a utilisé pour représenter un muscle. C'est une couleur qui est associée à ces éléments dans la vision collective. Le rose est également une couleur qui peut être associée à la féminité de façon collective. Ce sont donc des dessins réalisés dans des couleurs qui renvoient à la réalité. Pour le reste, ce sont des couleurs qui n'ont pas de lien avec les couleurs naturellement visibles. Pour autant, elles peuvent avoir une signification. Quatre femmes ont utilisé des variantes de bleu et de vert, ce sont des couleurs neutres et froides. Ce sont des teintes qui neutralisent la tonalité affective. Cette utilisation peut être en lien avec le dessin en lui-même, qui est une projection de soi, ou bien de la partie du corps évoquée, qui est fortement chargée affectivement de par son lien avec la sexualité et la féminité. Enfin, pour la patiente qui a dessiné en turquoise, la neutralité de la charge affective n'est pas si marquée. Le turquoise fait partie des teintes de bleu et de vert mais n'est pas considéré comme froid, plutôt comme une couleur vive. L'utilisation de cette couleur peut montrer que la patiente veut neutraliser la charge affective de cette zone, mais que celle-ci est tellement importante qu'elle n'y parvient pas.

Lors des séances de dessins, certaines femmes justifient oralement leur connaissance ou méconnaissance du périnée. Concernant la méconnaissance, deux femmes évoquent la fréquence à laquelle elles voient leur périnée. La première dit qu'elle ne l'a jamais vu, elle ne dessine d'ailleurs aucun élément du périnée (N°1). La seconde dit que c'est une partie de son corps qu'elle voit rarement, qu'il est difficile pour elle de la voir (N°5). Son discours est plus modéré. Une femme parle de sa connaissance en disant qu'elle « *ne sait pas trop* » (N°16). Enfin, deux femmes décrivent qu'elles ne s'imaginent pas cette zone. L'utilisation du verbe imaginer montre bien qu'elles n'ont pas de visibilité réelle de leur périnée. A travers ces discours, on peut observer que c'est une zone peu visible, voire non visible, que la femme doit parfois s'imaginer. Mais l'imagination n'est pas

utilisée par toutes les femmes. Certains éléments sont absents, cela peut signifier qu'ils ne sont même pas imaginés.

Certaines femmes décrivent plutôt une connaissance. Leur connaissance vient de la période avant l'accouchement. Trois femmes expliquent avoir déjà regardé leur périnée. Parmi ces femmes, deux expliquent ne pas avoir vu leur périnée depuis l'accouchement et donc dessiner ce qu'elles s'imaginent. On retrouve la notion d'imagination évoquée par les femmes qui ne visualisent pas leur périnée. La troisième femme explique qu'elle a pris son périnée en photo la veille pour visualiser les changements (N°6). C'est cette photo qui est retranscrite sur le dessin. Il est intéressant dans son expérience de voir qu'elle n'a pas dessiné son épisiotomie car elle ne l'a pas vue, alors qu'elle a connaissance d'en avoir une. Le fait qu'elle ne dessine pas son épisiotomie ne veut pas dire qu'elle ne sait pas qu'elle en a une, mais qu'elle ne sait pas à quoi elle ressemble. De plus, le premier dessin est plus construit que le second. Il est le reflet d'une construction faite tout au long de sa vie. Le second ressemble fortement à la photo prise par la patiente, elle n'a que cette référence concernant le post-partum. Nous pouvons rapprocher l'expérience de cette femme de celles des autres et se demander si, lorsqu'elles ne dessinent pas certains éléments, ce n'est peut-être pas parce qu'elles ne savent pas qu'ils sont présents mais plutôt qu'elles ne savent pas à quoi ils ressemblent. Le périnée est peu regardé et peu touché, comme l'évoquent certaines femmes oralement [21,18]. La moitié de la population féminine ne le visualise pas du tout, et 14% seulement en a une vision précise [19]. Dans cette étude, une seule patiente sur les quinze ayant dessiné a une vision complète de son périnée. C'est un résultat faible. En parallèle, seules deux femmes ne visualisent pas du tout leur périnée, avec soit aucun élément représenté (N°1), soit seulement les grandes lèvres (N°8). Ces résultats sont faibles par rapport aux chiffres précédemment trouvés [19].

L'éducation à la sexualité est obligatoire dans la scolarité depuis 2001 [22]. La moyenne d'âge de la population est de 28,7 ans. Hypothétiquement, les femmes ayant bénéficié de cet enseignement devraient avoir une meilleure connaissance de l'anatomie sexuelle que les femmes plus âgées. Malgré cela, l'âge n'influe pas sur les connaissances anatomiques. Cet enseignement semble donc ne pas avoir d'influence sur les connaissances des patientes à l'âge adulte. Il existe cependant une différence entre le fait qu'un sujet soit enseigné et qu'il soit connu. Ce thème est fortement chargé affectivement par rapport à la sexualité et donc peut ne pas entrer dans la connaissance pour des raisons conscientes ou inconscientes, en lien avec la culture ou encore l'éducation

familiale.

Les femmes qui ont assisté à des séances de PNP ont globalement une meilleure connaissance de leur anatomie périnéale dans cette étude. Malgré l'absence d'item spécifique à ce sujet dans les recommandations de l'HAS, le sujet semble abordé lors des séances animées par les sages-femmes [25].

La première hypothèse est confirmée. Les femmes ont une connaissance partielle de leur périnée. Certains éléments sont bien connus comme les grandes lèvres et le vestibule du vagin, alors que d'autres le sont très peu comme le méat urinaire. Pour les autres éléments, ils ne sont présents que dans la moitié ou les deux tiers des dessins.

C) Deuxième hypothèse : l'épisiotomie modifie les perceptions qu'ont les femmes du périnée :

Deux femmes ne perçoivent pas de changement au niveau périnéal, dans le post-partum. Pour l'une d'elle, sa méconnaissance totale du périnée explique cette absence de changement. Pour la seconde, l'épisiotomie est simplement un élément supplémentaire de son périnée.

Les deux tiers des femmes dessinent un périnée plus large, avec dans l'ensemble un vestibule du vagin béant. Cette modification se traduit par un espace plus important entre les lèvres.

Un tiers des femmes dessinent leur périnée oedématié. Cela est principalement visible par un gonflement des lèvres sur les dessins. Un changement de couleur pouvant représenter cet œdème est aussi observé pour deux femmes. Une femme dessine son œdème en violet, le choix de la couleur est représentatif d'un hématome et d'un œdème muqueux dans la vision collective. La seconde dessine son périnée en beige dans le pré-partum et en rose dans le post-partum, ce changement peut faire penser à un œdème, une inflammation ou encore une irritation. Cependant, elle ne justifie pas ce changement de couleur.

Trois femmes perçoivent leur périnée comme relâché, n'assurant plus son rôle de continence après l'accouchement. Cette sensation est retranscrite sur les dessins

principalement par un relâchement du noyau fibreux central du périnée. Le taux d'incontinence est équivalent chez toutes les femmes dans le post-partum, quel que soit le type de lésion périnéale retrouvé [36,38,39]. C'est un phénomène qui n'est pas proprement lié à l'épisiotomie mais plutôt à l'accouchement.

Deux patientes perçoivent une sensation de prolapsus après l'accouchement. Cette sensation est représentée par une extériorisation du vagin et des hémorroïdes. L'épisiotomie ne provoque pas de prolapsus, ces sensations sont donc probablement liées à l'accouchement [39].

Deux femmes indiquent oralement des pertes de sensations au niveau périnéal. On remarque que les pertes de sensations n'influent pas nécessairement sur les perceptions.

Dans les études sur l'épisiotomie, la douleur est un facteur prédominant. Dans la première semaine du post-partum, le taux de femmes douloureuses est compris entre 97% et 71% [7,30]. Pourtant, celle-ci ne transparaît pas dans les dessins et les paroles des patientes lors des séances de dessin. La douleur de l'accouchement peut être une douleur qui n'est pas considérée comme subie, mais plutôt comme quelque chose de nécessaire car apportant la naissance d'un enfant. On peut aussi imaginer qu'elles sont bien soulagées par les antalgiques donnés de façon systématique en milieu hospitalier.

Les changements que les femmes perçoivent au niveau périnéal dans le post-partum ne sont pas directement liés à l'épisiotomie. Ce sont des changements qui sont présents dans toutes les populations, quelles que soient les lésions périnéales. Ce sont des changements qui sont probablement dus à l'accouchement en lui-même. L'hypothèse n'est ni infirmée, ni confirmée car nous ne savons pas si ces changements sont liés à l'épisiotomie ou bien seulement à l'accouchement.

D) Troisième hypothèse : les femmes ont une connaissance incomplète de l'épisiotomie :

Onze femmes sur quinze expriment leurs connaissances de l'épisiotomie. Neuf la dessinent et deux l'évoquent à l'oral. Concernant les quatre autres femmes, on peut se demander si elles ne l'ont pas dessinée ou évoquée, car elles ne savaient pas qu'elles en

avaient eu une, qu'elles ne se l'imaginaient pas, ou bien qu'elles en avaient connaissance mais ne mentionnaient pas cet élément. On rappelle que l'incision est pratiquée dans 85% des cas sans le consentement de la patiente. Les femmes sont dans ce cas-là informées de la réalisation de l'épisiotomie lors de la résection ou durant le séjour en suites de couches [7]. Certaines femmes qui ne l'ont pas dessinée n'ont peut-être pas encore eu connaissance de cette intervention.

Des interrogations apparaissent sur ce qu'elles savent du geste en lui-même. Une seule femme a dessiné correctement son épisiotomie. Quatre l'ont dessinée en partant des lèvres et non du vestibule du vagin, et une patiente l'a dessinée à la partie antérieure de son périnée, au niveau du pubis. Ces femmes qui ne dessinent pas l'épisiotomie comme partant de l'entrée du vagin ont-elles compris l'intérêt de cette incision ? Par ailleurs, une seule femme dit « *qu'on l'a coupée* », elle sait précisément ce qu'il s'est passé. Trois femmes évoquent seulement la suture, on peut se demander si elles ont connaissance du geste lui-même. L'une parle de « *cicatrice* », mais elle n'évoque pas l'origine de celle-ci. Le terme de « *cicatrice* » est associé à une guérison totale de la plaie, ce qui n'est pas le cas ici. De même que pour celles qui évoquent l'épisiotomie à l'oral sans la dessiner, connaissent-elles pour autant la signification de ce mot ? Une patiente dit « *qu'on l'a déchirée* », il existe donc aussi une confusion entre déchirure spontanée et épisiotomie.

On observe que la sage-femme joue un rôle essentiel dans l'explication de ce qu'est une épisiotomie. Les femmes évoquent oralement les précisions et explications qu'elles ont reçues. C'est par ce professionnel de santé qu'elles ont connaissance de leur épisiotomie. Aucune femme ne dit avoir vu son épisiotomie. Elles dessinent donc d'après leurs sensations, les informations qu'elles ont reçues en séances de PNP, ou bien après l'accouchement.

On rappelle que 41% des femmes estiment ne pas avoir reçu une information suffisante sur l'épisiotomie durant la grossesse et qu'elles sont trois fois plus nombreuses lorsqu'elles en ont eu une [7]. Nos résultats confirment ces chiffres. Une seule femme, sur les onze qui évoquent l'épisiotomie, la nomme et la dessine correctement, on peut considérer qu'elle a reçu les informations suffisantes. Les quatorze autres femmes n'ont pas reçu les informations nécessaires, soit elles ne la dessinent et n'en parlent pas, soit elles en ont une connaissance partielle, car elles ne la dessinent pas avec un bon positionnement.

Dans cette étude, cinq femmes ont participé à des séances de PNP. Quatre de ces femmes font partie des neuf patientes ayant dessiné leur épisiotomie. Les femmes qui ont participé à des séances de PNP semblent donc avoir une meilleure connaissance de l'épisiotomie. C'est un sujet qui est probablement abordé lors des séances, malgré le fait que ce ne soit pas spécifiquement indiqué dans les recommandations de l'HAS.

Une seule femme a dessiné son épisiotomie d'une couleur différente de celle de son périnée. Le périnée a été dessiné en noir avec les points de suture en rouge. Cela peut représenter du sang, des lésions ou encore la douleur.

L'hypothèse est confirmée. Les femmes ont une connaissance incomplète de l'épisiotomie.

E) Lien entre population et résultats :

Dans cette population, cinq des quinze femmes qui ont dessiné, ont assisté à des séances de PNP. Lors du croisement des données, quatre de ces femmes se trouvent dans la population avec une bonne connaissance de l'anatomie du périnée et parmi les neuf femmes qui ont dessiné leur épisiotomie. La cinquième patiente (N°9) n'a dessiné que deux éléments de son périnée, les grandes lèvres et le vestibule du vagin, les éléments les plus représentés dans cette étude et n'a pas dessiné ni évoqué l'épisiotomie. Concernant les autres catégories du recueil de données, les résultats sont non concluants.

Les séances de PNP semblent avoir une influence positive sur la connaissance des femmes concernant l'anatomie du périnée et l'épisiotomie [annexe 4].

F) Implication et perspectives :

Pour améliorer ces connaissances, la sage-femme joue un rôle important. Les femmes l'évoquent lorsqu'elles indiquent d'où viennent les informations sur le périnée et l'épisiotomie. La sage-femme intervient à plusieurs moments dans le parcours de la grossesse des femmes, voire en amont si elles ont un suivi gynécologique par une sage-femme.

L'information sur l'anatomie périnéale peut être délivrée à plusieurs occasions. Lors des consultations gynécologiques, le sujet peut être abordé, mais il est considéré

comme gênant pour 20% des femmes [19]. La mise en place de schémas dans le cabinet pourrait être une façon indirecte de donner l'information et d'ouvrir le dialogue si les femmes le souhaitent. Lors des conseils d'hygiène, comme pour la prévention des infections urinaires, le sujet peut également être abordé. Proposer aux patientes d'observer leur périnée pourrait leur permettre d'avoir une meilleure connaissance de leur corps. Durant la grossesse, le sujet est visiblement abordé en séances de PNP, mais une systématisation serait intéressante.

Il ne semble pas pertinent d'aborder le sujet de l'épisiotomie chez des femmes qui ne sont pas enceintes. C'est durant le suivi de grossesse que celle-ci peut être évoquée. Les séances de PNP semblent être le moment idéal pour cette information. On peut observer que les femmes ayant participé à ces séances ont une meilleure connaissance, mais la systématisation de l'explication pourrait être intéressante. Les femmes qui ont eu une épisiotomie se sentent moins bien informées que les autres [7]. Il serait utile que les sages-femmes prenant en charge ces patientes leur fournissent une information particulière dans le post-partum. La théorie est intéressante en amont mais, en aval, le concret semble plus pertinent. Proposer aux femmes qui ont eu une épisiotomie de voir leur périnée dans un miroir leur permettrait d'avoir une vision réelle de leur corps. Cela peut permettre de relativiser la taille fantasmagique des lésions périnéales. Les femmes sont souvent étonnées positivement lorsqu'elles confrontent leur imaginaire à la réalité [21]. Pour cela, deux solutions sont envisageables. La présence d'un miroir dans les services de suites de couches, pourrait permettre de donner un temps pour regarder ensemble la lésion et expliquer les changements du corps. Si les femmes ne souhaitent pas d'explications ou ne souhaitent pas être accompagnées dans cette démarche, une simple invitation avec une réassurance pourrait être bénéfique et permettre à certaines femmes qui n'ont jamais fait la démarche de découvrir cette zone de leur corps. Concernant la loi du 4 mars 2002, elle indique qu'une information complète doit être fournie aux patients. Il semble que cette loi ne soit pas complètement respectée dans cette situation. Une meilleure information semble indispensable.

Les sages-femmes ne sont pas les seuls professionnels à pouvoir agir. Tous les professionnels qui pratiquent des consultations gynécologiques devraient être sensibilisés au manque de connaissances des femmes en matière d'anatomie.

A plus grande échelle, les programmes scolaires devraient développer leur enseignement obligatoire sur les organes génitaux externes, afin que les femmes soient

informées dès leur adolescence. Dans le programme scolaire, les organes génitaux internes sont aussi enseignés. Les organes obligatoirement évoqués sont le vagin, l'utérus, les trompes et les ovaires [23]. Dans l'étude de 2012, ces organes sont mieux connus que les organes génitaux externes, avec un pourcentage de bonnes réponses à 46% pour le vagin, 75% pour le col de l'utérus, 84% pour les trompes et 87% pour les ovaires [26]. L'enseignement semble mieux réalisé et mieux assimilé concernant ces parties de l'anatomie féminine. Il semble donc possible d'enseigner les organes génitaux externes de la même façon afin qu'ils soient également connus. Les enseignants ne sont pas nécessairement à l'aise avec le sujet, mais l'intervention de professionnels de santé dans les écoles de façon, systématique pourrait être une solution pour parler de ce sujet, qui peut être délicat, afin que l'information soient la plus complète possible.

VII) Conclusion :

Cette étude cherche à évaluer par le dessin les perceptions qu'ont les femmes de leur périnée suite à une épisiotomie. Les dessins obtenus ont permis de conclure qu'il existe globalement un manque de connaissance concernant l'anatomie du périnée et de l'épisiotomie. Nous remarquons que certains éléments sont cependant bien connus. Cette étude a également mis en évidence que l'accouchement influe sur les perceptions du périnée dans le post-partum, mais que ces changements ne sont pas nécessairement liés à l'épisiotomie.

Une meilleure connaissance et une visualisation des lésions périnéales par les femmes pourraient permettre de rendre réel ce qui est parfois imaginé. Cet imaginaire peut être angoissant et la confrontation à la réalité est souvent rassurante. Le fait de connaître son corps peut aussi permettre de se l'approprier et donc d'en prendre soin, notamment dans les soins des cicatrices dans le post-partum. Une meilleure connaissance et une réassurance concernant la taille et l'apparence des lésions pourraient aussi potentiellement améliorer le retour à la vie quotidienne et la reprise de la sexualité dans le post-partum. Les sages-femmes ont un rôle essentiel dans cet enseignement, à différents moments de la vie des femmes.

Cette expérience pourrait être étendue aux différentes périodes de la vie d'une femme concernant la connaissance du périnée. Il existe probablement une différence de perception du fait de l'expérience vécue, pendant l'adolescence, avant une grossesse, pendant une grossesse, à distance d'un ou plusieurs accouchements, ou encore à la ménopause. Pour ce qui est des connaissances concernant les lésions périnéales, il serait intéressant de voir les différences qui pourraient exister avec les femmes qui ont eu une déchirure spontanée. Emploient-elles les mêmes termes ? Font-elles, elles aussi la confusion entre épisiotomie et déchirure spontanée ? Savent-elles où leurs déchirures se situent ? Nous pouvons aussi étendre cette étude aux femmes ayant eu un accouchement instrumental. Enfin, nous pouvons également nous demander si les femmes qui ont eu une césarienne ont une modification des perceptions du périnée dans le post-partum notamment en cas de césarienne en urgence durant le travail.

Bibliographie :

[1] Le Breton D. Médecine, corps et anthropologie. In: Traité de bioéthique II. Edition Erès. 2010. p. 74-83.

[2] Périnée. In : Larousse [Internet][consulté le 25 mai 2016]. Disponible sur:<http://www.larousse.fr/dictionnaire/francais>

[3] Drake R-L, Vogl W, Mitchell A. Pelvis et périnée. In: Grays anatomie pour les étudiants. 2e éd. Issy-les-Moulineaux; 2010. p. 406-509.

[4] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique. L'épisiotomie. Paris: CNGOF; 2005.

[5] Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. EMC (Elsevier Masson, Paris) - Techniques chirurgicales - Gynécologie 2013;1-16 [Article 41-897].

[6] Santé de la mère et du nouveau-né/Maternité sans risque, Division de la santé reproductive, Organisation mondiale de la santé. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique. Genève ; 1996.

[7] CIANE. Épisiotomie: État des lieux et vécu des femmes. 2013.

[8] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris : INSERM; mai 2011.

[9] Consultation des tableaux statistiques - taux d'épisiotomie [Internet][consulté le 25 mai 2016]. Audipog. 2011 . Disponible sur: <http://www.audipog.net/tablostat.php>

- [10] Le Ray C, Gaudu S, Teboul M, Cabrol D, Goffinet F. Prise en charge du travail et de l'accouchement chez la nullipare à bas risque: comparaison d'une maternité de type 1 et d'une maternité de type 3. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004;(33):30-6.
- [11] Cleese C, Lighezzolo-Alnot J, Hamlin S, De Lavergne S, Scheffler M. La pratique de l'épisiotomie en France 10 ans après les recommandations du CNGOF : quel état des lieux ? Gynecol Obstet Fertil. Avr 2016;(44):232-8.
- [12] Percevoir. In : Larousse [Internet][consulté le 24 décembre 2016]. Disponible sur:<http://www.larousse.fr/dictionnaire/francais>
- [13] Dolto F. L'image inconsciente du corps. Paris : Payot ; 1984.
- [14] Friard D. Image du corps et schéma corporel. Sante Ment. avr 2007;(117):29.
- [15] Bourguignon O. L'intime, le corps et la relation de soin. In: Traité de bioéthique II. Edition Erès. 2010. p. 84-95.
- [16] Bonandrini B. Psychomotricité. Le développement du schéma corporel. Soins Psychiatr. Juin 2014;(292):39-43.
- [17] Schilder P. L'image du corps. Paris : Gallimard ; 1968.
- [18] Lassagne M, Brieu V. Ma vulve est un coquillage... Les dossiers de l'obstétrique. Avr 2015;(447):17-20.
- [19] Tonneau H, Branger B, Chauvin F, Guermeur J, Grall J. Le périnée, qu'en savent les femmes ? rev Sage-femme. Juin 2005;4(3):109-14.
- [20] De tinguy-Simon A. Le périnée dans la vie d'une femme. Les dossiers de l'obstétrique. mai 2000;(284):15-9.
- [21] Leclaire C. Le corps chamboulé. sexualités humaines. 2013;(17):36-43.

[22] Loi n°2001-588 du 04 juillet 2001 relatif à l'éducation à la santé et à la sexualité (JORF du 7 juillet 2001)

[23] Eduscol, informer et accompagner les professionnels de l'éducation. Cycle 4, sciences de la vie et de la terre, le corps humain et la santé [Internet]. Mars 2016; [consulté le 25 mai 2016]. Disponible sur : http://cache.media.eduscol.education.fr/file/SVT/83/8/ra16_c4_svt_met_oeuv_enseig_t3c_orps_hum_n.d_562838.pdf

[24] Haute autorité de santé. Recommandations professionnelles : Comment mieux informer les femmes ?. Avril 2005.

[25] Haute autorité de santé. Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité. Mai 2006.

[26] Corre Labat M. Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes [Mémoire sage-femme]. [Angers]: Angers; 2012.

[27] Beroud-Poyet H. Vulve mythique, vulve maudite: vulvodynie et mythologie. sexualités humaines. 2013;(17):68-77.

[28] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (JORF du 5 mars 2002).

[29] De Souza A, Dwyer P, Charity M, Thomas E, Ferreira C, Schierlitz L. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. BJOG. sept 2015;122(10):1410-8.

[30] Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinant of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2004;(191):1199-204.

[31] Turmo M, Echevarria M, Rubio P, Almeida C. Development of chronic pain after episiotomy. Rev Esp Anesthesiol Reanim. Oct 2015;62(8):436-42.

- [32] Buhling KJ, Schimdt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;(124):42-6.
- [33] Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.* Oct 2013;288(4):785-92.
- [34] McDonald E, Brown S. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG.* Juin 2013;120(7):813-30.
- [35] Langer B, Minetti A. Recommandations pour la pratique clinique: Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2006;35(1):1S59-1S67.
- [36] Dogan B, Gün I, Özdamar Ö, Yilmaz A, Muhçu M. Long-term impacts of vaginal birth with mediolateral episiotomy on sexual and pelvic dysfunction and perineal pain. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2016, avril 25 : 1-4
- [37] Fauconnier A, Goltzene A, Issartel F, Janse-Marec J, Blondel B, Fritel X. Late postpartum dyspareunia: does delivery play a role ? *Prog Urol.* Avr 2012;22(4):225-32.
- [38] Bo K, Hilde G, Tennfjord M, Engh M. Does episiotomy influence vaginal resting pressure, pelvic floor muscle strength and endurance, and prevalence of urinary incontinence 6 weeks postpartum? *Neurourol Urodyn.* Avr 2016.
- [39] Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103 :669-73.
- [40] Way S. A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. *Midwifery.* 2012; (28):712-9.

[41] East CE. Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*. 2012;(28):93-7.

[42] Mares P. Le périnée. *sexualités humaines*. 2013;(17):6-9.

[43] Defontaine Catteau M. Corps et organes douloureux dans le dessin de la douleur. *Doul et Analg*. Sept 1990;3(3):83-7.

Annexes :

Annexe 1 : Le recueil de données :

Jour du post-partum :

Age : < 20 ans / 20-29 ans / 30-40 ans / > 40 ans

Profession : Agriculteurs exploitants / commerçants et chefs d'entreprise / cadres et professions intellectuelles supérieures / professions intermédiaires / employés / ouvriers / retraités / autres personnes sans activité professionnelle

Origine : France métropolitaine / Afrique subsaharienne / Europe du nord / Europe du sud / Afrique du Nord / DOM-TOM/ Asie/ Asie mineure / Autres

Situation familiale : Célibataire / vit en couple / mariée / pacsée

Antécédent(s) obstétrical(aux) : FCS / Grossesse extra-utérine (GEU) / IVG / Interruption médicale de grossesse (IMG)

Antécédent(s) médical(aux) : maladie(s) chronique(s) Oui / Non **préciser :**

Antécédent(s) chirurgical(aux) : Oui / Non **préciser :**

Antécédent(s) gynécologique(s) : Oui / Non **préciser :**

Suivi gynécologique : Oui / Non **Si oui, par qui :** Médecin traitant (MT) / gynécologue (gynéco) / Sage-femme (SF)

Suivi pendant la grossesse : Oui / Non **Si oui, par qui :** MT / gynécologue / SF

Pathologie(s) pendant la grossesse : Oui / Non **préciser :**

PNP : Oui / Non

Terme de l'accouchement : < 37 SA / 37-41 SA / > 41 SA

Accouchement réalisé par : gynécologue-obstétricien / SF / autre **préciser :**

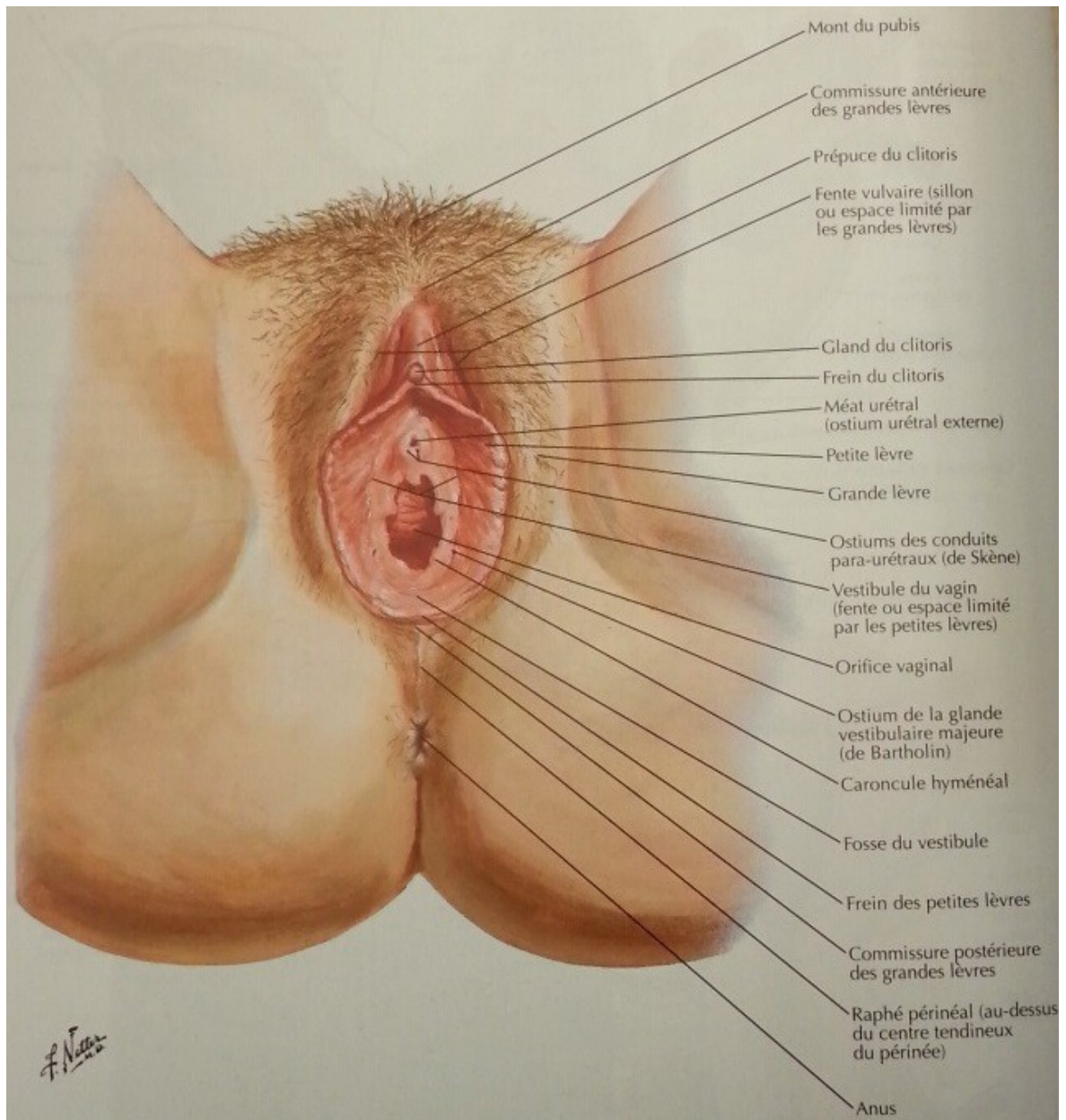
Présence de déchirure(s) vaginale(s) : Oui / Non

Durée du travail : < 1h / 1-5h / 5-10h / > 10h

Anesthésie péridurale : Oui / Non

Accepte de participer à l'étude : Oui / Non **Si non, pourquoi ? :**

Annexe 2 : Planche anatomique du Netter :



Netter FH. Périnée et organes génitaux féminins (vulve). 2011.

Annexe 3 : Tableaux d'analyse :

Tableau 1 : Dessins du pré-partum :

Éléments	Présent	Absent	Bien placé	Mal placé	Proportionnel			Couleur
					Moins	Exact	Plus	
Le prépuce du clitoris/ clitoris	8/15	7/15	6/8	2/8		4/8	4/8	Vert clair : 2 Beige : 1 Noir: 6 Rose : 1 Marron : 2 Turquoise : 1 Bleu : 2
Les grandes lèvres	13/15	2/15	13/13			13/13		
Les petites lèvres	7/15	8/15	6/7	1/7	1/7	6/7		
Le méat urinaire	2/15	13/15	2/2			1/2	1/2	
Le vestibule du vagin	13/15	2/15	13/13		4/13	9/13		
L'anūs	5/15	10/15	5/5			2/5	3/5	

Tableau 2 : Dessins du post-partum :

Éléments	Présent	Absent	Bien placé	Mal placé	Proportionnel			Couleur
					Moins	Exact	Plus	
Le prépuce du clitoris/ clitoris	8/15	7/15	6/8	2/8		4/8	4/8	Vert clair : 2 Rose : 2 Noir : 6 Marron : 2 Turquoise: 1 Bleu : 2
Les grandes lèvres	13/15	2/15	13/13			13/13		
Les petites lèvres	7/15	8/15	6/7	1/7	1/7	6/7		
Le méat urinaire	2/15	13/15	2/2			1/2	1/2	
Le vestibule du vagin	13/15	2/15	13/13		4/13	9/13		
L'anūs	5/15	10/15	5/5			2/5	3/5	
L'épisiotomie	9/15	6/15	1/9	8/9	1/9	5/9	3/9	

Tableau 3 : Épisiotomie :

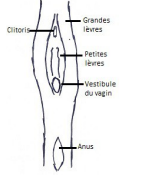
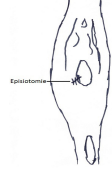
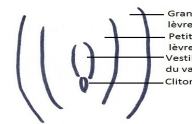
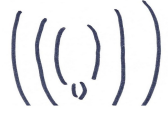
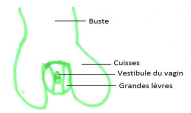
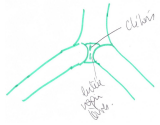
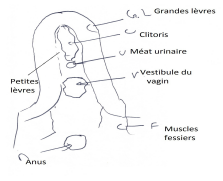
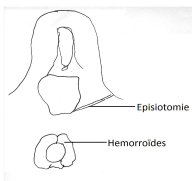
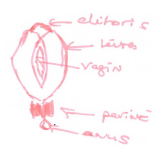
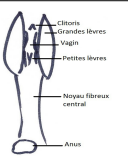
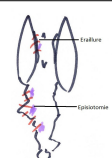
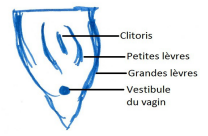
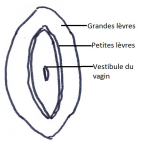
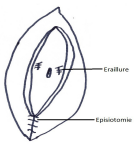
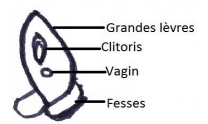
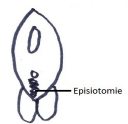
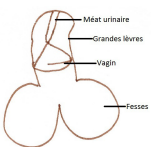
Positionnement	Exact : 1/9	Non exact : 8/9	
Longueur	Moins : 1/9	Exact : 5/9	Plus : 3/9
Aspect	Exact : 7/9	Non exact : 2/9	
Couleur	Noir : 4 Rose : 1	Marron : 1 Turquoise : 1	Bleu : 1 Rouge : 1

Annexe 4 : Lien entre population et résultats :

Tableau 4 : Lien entre population et résultats :

Éléments présents	Age		Suivi gynécologique			Suivi de grossesse				ATCD obstétricaux			PNP		Jour post-partum							
	20- 29 ans	30- 39 ans	Oui		Non	Hôpital	SF	gynéco	MT	aucun	FCS	IVG	Oui	Non	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J7	
			MT	gynéco																		
0		1			1			1		1				1			1					
1	1		1				1			1				1			1					
2	2	1		2	1	1	1	1		2		1	1	2			2			1		
3	4			3	1	1	2	1		2	1	1		4	1			1	1		1	
total	7	2	1	5	3	2	4	3		6	1	2	1	8	1		4	1	1	1	1	
4	1	1			2		1		1	1		1		2	1	1						
5	3			3		1	1	1		2	1	1	3			1		1	1			
6		1		1					1	1			1				1					
total	4	2		4	2	1	2	1	2	4	1	2	4	2	1	2	1	1	1			
épisiotomie	7	2		6	3	2	2	3	2	6	2	2	4	5	1	2	2	2	1		1	

Annexe 5 : Les dessins :

N	Pré-partum	Post-partum	N	Pré-partum	Post-partum
1			2		
4			5		
6			7		
8			9		
10			11		
12			13		
14			15		
16					

Glossaire :

CIANE : Collectif Inter-Associatif Autour de la NaissancE

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

FCS : Fausse Couche Spontanée

GEU :Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MT : Médecin traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SF : Sage-Femme

SVT : Sciences et Vie de la Terre

Résumé et abstract :

Objectifs : L'objectif de cette recherche est d'évaluer par le dessin les perceptions qu'ont les femmes de leur périnée suite à une épisiotomie.

Méthode : Étude qualitative observationnelle, monocentrique, qui se base sur l'analyse de deux dessins par femme, chez quinze patientes en suites de couches, dans une maternité de type III d'Île-de-France. Elle s'est déroulée du 19 septembre au 20 décembre 2016.

Résultats : Sur les quinze patientes, treize femmes ont dessiné les grandes lèvres et le vestibule du vagin. La moitié d'entre elles ont dessiné le prépuce du clitoris et les petites lèvres. Cinq ont dessiné l'anus et deux le méat urinaire. Neuf femmes ont dessiné l'épisiotomie. Les changements retrouvés sur le périnée dans le post-partum ont été la béance, l'œdème, le relâchement, les modifications des sensations, le prolapsus et l'absence de changement.

Conclusion : Il existe globalement une méconnaissance de l'anatomie du périnée et de l'épisiotomie chez les femmes interrogées. Des changements de perceptions du périnée ont été observés dans le post-partum et ces modifications ne sont pas nécessairement liées à l'épisiotomie.

Mots clefs : Épisiotomie - perceptions - périnée - dessin - post-partum

Summary and abstract :

Objectives: The objective of this research is to evaluate by drawing the perceptions that women have about their perineum following an episiotomy.

Methods: Qualitative observational monocentric study which is based on the analysis of two drawings per woman, among fifteen women in post-partum period, in a type III maternity of "Ile-de-France". It took place from September 19th to December 20th.

Results: Out of the fifteen patients, thirteen have drawn the labium majus and the vestibule of vagina. Half of them have drawn the clitoris foreskin and the labium minus. Five have drawn the anus and the urinary meatus. Nine women have drawn the episiotomy. The changes found on the perineum in the post-partum were the hollowness, the edema, the loosening, the modifications in sensations, the prolapse and the absence of changes.

Conclusion: On the whole, there is a lack of knowledge about the perineum anatomy and the episiotomy among the women asked. Changes in the perineum perception have been observed in the post-partum and those modifications are not necessary linked to the episiotomy.

Key words: Episiotomy – perceptions – perineum – drawing - post-partum