



HAL
open science

Dyspareunies du post-partum : prévention, dépistage et prise en charge par les sages-femmes libérales

Justine Debuigny

► **To cite this version:**

Justine Debuigny. Dyspareunies du post-partum : prévention, dépistage et prise en charge par les sages-femmes libérales. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02268533

HAL Id: dumas-02268533

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02268533>

Submitted on 21 Aug 2019

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

**MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2019**

**DYSPAREUNIES DU POST-PARTUM : PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN
CHARGE PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES**

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Justine DEBUIGNY

Née le 12 décembre 1994

SOUS LA DIRECTION DE :

Madame Chantal FABRE-CLERGUE

REMERCIEMENTS

A **Mme Chantal Fabre-Clergue**, directrice du mémoire.

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce projet. Pour m'avoir encadrée, orientée, aidée et conseillée.

A **Mme Anne Bourdon**, guidante de ce mémoire.

Pour sa patience, son regard critique et ses précieux conseils qui m'ont permis de mener à bout ce mémoire et d'affirmer mon positionnement professionnel.

A **ma famille**, qui m'a soutenue durant toutes mes études et qui a participé à ce que je suis devenue aujourd'hui.

A **Thomas**, pour son écoute et son soutien permanents.

A **mes ami(e)s**, pour avoir su me divertir et me soutenir dans les moments où j'en avais besoin.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	- 1 -
REVUE DE LA LITTERATURE	- 2 -
1. Définition et classification des dyspareunies.....	- 2 -
1.1. Définition.....	- 2 -
1.2. Dyspareunies primaires et secondaires.....	- 2 -
1.3. Dyspareunies superficielles et profondes.....	- 3 -
1.4. Dyspareunies persistantes ou conditionnelles.....	- 4 -
2. Etiologies des dyspareunies du post-partum	- 4 -
2.1. Dyspareunies d'origine infectieuse	- 4 -
2.1.1. La vulvovaginite.....	- 5 -
2.1.2. La cervicite	- 5 -
2.2. Dyspareunies d'origine traumatique.....	- 6 -
2.2.1. Les séquelles obstétricales	- 6 -
2.2.2. Les traumatismes cervicaux répétés	- 9 -
2.3. Dyspareunies d'origine pelvienne	- 10 -
2.3.1. L'endométriose	- 10 -
2.3.2. Les kystes/fibromes utérins	- 11 -
2.4. Dyspareunies d'origine vulvaire	- 11 -
2.5. Dyspareunies d'origine neurologique.....	- 12 -
2.6. Dyspareunies d'origine hormonale	- 13 -
2.7. Dyspareunies d'origine psychologique.....	- 14 -
3. Le dépistage des dyspareunies	- 16 -
4. La prise en charge des dyspareunies	- 19 -
4.1. Prise en charge des dyspareunies superficielles consécutives à une lésion périnéale lors de l'accouchement	- 19 -
4.2. Prise en charge de dyspareunies causées par une lésion du nerf pudendal	- 22 -
5. La dyspareunie, quelle prévention auprès des femmes ?	- 23 -
6. Le rôle de la sage-femme	- 26 -
RECHERCHE.....	- 28 -
1. Problématique et hypothèses	- 28 -
2. Matériel et méthode	- 28 -
2.1. Choix de la population et de la méthode.....	- 28 -
2.2. Méthodologie.....	- 29 -
3. Résultats.....	- 31 -

3.1.	Abord de la sexualité à l'école de sages-femmes	- 31 -
3.2.	Abord de la sexualité avec les patientes.....	- 32 -
3.3.	Connaissances sur les dyspareunies	- 34 -
3.4.	Epidémiologie sur la fréquence des dyspareunies rencontrées par les sages-femmes libérales.....	- 35 -
3.5.	Informations sur le rôle tenu par la sage-femme libérale face aux patientes présentant des dyspareunies.....	- 36 -
4.	Discussion	- 40 -
4.1.	Les sages-femmes libérales ont-elles un rôle capital dans la prévention des dyspareunies du post-partum ?.....	- 40 -
4.1.1.	Outils et connaissances nécessaires aux sages-femmes pour prévenir les dyspareunies.....	- 40 -
4.1.2.	Bénéfices des cours de sexologie au sein de l'école de sages-femmes... -	42 -
4.1.3.	Prévention des dyspareunies par les sages-femmes libérales.....	- 43 -
4.2.	Les sages-femmes libérales dépistent-elles suffisamment les dyspareunies ?	- 44 -
4.3.	La prise en charge des dyspareunies est-elle connue par les sages-femmes libérales ?.....	- 45 -
5.	Conclusion.....	- 48 -
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
	BIBLIOGRAPHIE.....	
	ANNEXES	
	ANNEXE 1.....	
	ANNEXE 2.....	
	ANNEXE 3.....	
	ANNEXE 4.....	

INTRODUCTION

La sexualité est un sujet sociétal tabou. Il l'est d'autant plus lorsqu'il concerne de jeunes mères qui voient leur vie sexuelle meurtrie après leur accouchement. Les préjugés de la société, la peur d'être critiquée et la pudeur font que la plupart des femmes estiment devoir taire leurs dyspareunies, qui altèrent leur vie de femme, et de privilégier ainsi leur rôle de mère. Le recensement de ces douleurs en est d'autant plus difficile. Les études relatent qu'entre 62 et 80% des femmes souffrent de dyspareunies durant les trois premiers mois du post-partum(1,2). Une partie des dyspareunies régresse spontanément pendant cette période mais 24% d'entre elles persistent dans les dix-huit mois après l'accouchement(3,4). Malgré une persistance très variable, les dyspareunies peuvent avoir un retentissement très important sur la vie de femme et de couple. Il est donc nécessaire de les aborder de manière approfondie pour les prévenir et les prendre en charge rapidement.

Au cours de nos études en sciences maïeutiques, nous avons pu remarquer que les dyspareunies ne sont pas systématiquement prévenues durant le séjour en suites de couches. La reprise de la sexualité est abordée dans son aspect temporel, à savoir combien de temps faut-il attendre avant de reprendre une activité sexuelle. Les dyspareunies quant à elles ne sont évoquées que si la patiente en fait la demande du fait de ses antécédents. Par la même occasion un autre constat a pu être établi : les professionnels de santé se retrouvent rapidement démunis face aux questions de prévention et de prise en charge des dyspareunies.

En France, de plus en plus de patientes se tournent vers les sages-femmes libérales pour leur suivi postnatal. Les sages-femmes font ainsi partie des professionnels de santé susceptibles de dépister les dyspareunies du post-partum.

Etudier la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces douleurs par les sages-femmes libérales permettra à la fois d'évaluer leurs connaissances et d'améliorer leurs pratiques professionnelles, mais aussi d'informer les patientes sur ces troubles pelvi-périnéaux.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. Définition et classification des dyspareunies

1.1. Définition

Etymologiquement, le mot « dyspareunie » se décompose en deux parties : le préfixe grec « dys » exprimant la difficulté, et le suffixe « pareunie » dont la racine grecque « pareunos » signifie « accouplement » ou « compagnon de lit » selon les sources(5,6).

Appelée aussi algopareunie, la dyspareunie se définit ainsi comme une douleur apparaissant lors des rapports sexuels. Elle est de nature et d'intensité variables et peut toucher les femmes comme les hommes.

Le post-partum quant à lui se définit comme la période entre l'accouchement et le retour de couches. Il est important de préciser que les dyspareunies du post-partum n'incluent pas uniquement les dyspareunies survenant durant cette période. En effet, dans la littérature, les dyspareunies du post-partum se définissent comme des dyspareunies survenant après l'accouchement.

Dans ce sujet, nous aborderons les dyspareunies qui concernent uniquement les femmes et qui surviennent après l'accouchement.

Les dyspareunies peuvent être classées en fonction de différentes caractéristiques, que voici.

1.2. Dyspareunies primaires et secondaires

Les dyspareunies peuvent être classées selon leur moment d'apparition dans la vie d'une femme.

Les dyspareunies primaires correspondent à des dyspareunies découvertes lors du premier rapport sexuel et qui vont persister. Les dyspareunies secondaires quant à elles apparaissent après une période sexuelle normale dépourvue de douleurs(1,7,9).

Cependant connaître leur mode d'apparition ne suffit pas pour les caractériser, il faut aussi connaître leur localisation.

1.3. Dyspareunies superficielles et profondes

Les dyspareunies superficielles ou dyspareunies d'intromission concernent la vulve, l'hymen, le vagin et le clitoris. Elles sont provoquées dès le début de la pénétration, peu importe la nature de celle-ci, et parfois au moindre contact environnant. La symptomatologie est diverse : elles peuvent se manifester par des douleurs aiguës, des brûlures ou des picotements près de l'orifice vaginal. Les dyspareunies superficielles sont souvent retrouvées chez des patientes atteintes de vulvodynies, définies comme un inconfort vulvaire chronique sans lésion visible, et/ou de vaginisme qui correspond à une contracture involontaire des muscles périnéaux attenants du vagin(1,7,9).

De plus, les dyspareunies superficielles sont parfois associées à un syndrome myofascial. Il s'agit d'un syndrome douloureux local qui se caractérise par une hyperirritabilité du muscle et du fascia. En effet, au niveau du muscle touché, il existe des points gâchettes qui lorsqu'on les palpe, provoquent une contracture musculaire et donc une douleur référée caractéristique du muscle(8).

Les dyspareunies profondes sont des douleurs localisées au fond du vagin, la pénétration en elle-même n'est pas douloureuse mais le contact cervical ou du cul-de-sac vaginal est générateur d'une douleur pouvant être aiguë ou diffuse, rappelant parfois certaines douleurs de règles. La dyspareunie profonde doit faire penser à des pathologies abdomino-pelviennes et doit nécessiter des examens complémentaires pour définir précisément l'étiologie, l'examen clinique étant limité et donc insuffisant.

1.4. Dyspareunies persistantes ou conditionnelles

Les dyspareunies peuvent être classées selon leur fréquence et dépendent alors du contexte dans lequel elles surviennent.

Les dyspareunies qualifiées de persistantes sont des douleurs survenant lors des rapports sexuels peu importe le partenaire ou la situation.

Les dyspareunies conditionnelles, comme l'adjectif l'indique, surviennent uniquement dans certaines positions, selon le type de stimulation ou selon le partenaire(1).

2. Etiologies des dyspareunies du post-partum

Les étiologies des dyspareunies du post-partum sont diverses et nombreuses. Dans la littérature les auteurs distinguent très souvent les causes organiques et les causes psychologiques.

Les dyspareunies ont des étiologies organiques bien définies, pouvant toucher l'appareil génital, l'appareil urinaire et/ou l'appareil digestif. Les raisons peuvent être d'origine infectieuse, anatomique, nerveuse ou hormonale [Annexe 1]. Les étiologies étant nombreuses et diverses, nous aborderons les plus fréquemment rencontrées dans les dyspareunies du post-partum.

2.1. Dyspareunies d'origine infectieuse

Dans les causes infectieuses les plus pourvoyeuses de dyspareunies, nous retrouvons la vulvovaginite et la cervicite.

2.1.1. La vulvovaginite

La vulvovaginite est une inflammation de la vulve et du vagin qui se manifeste par un prurit vulvaire, des leucorrhées pathologiques, des dyspareunies et parfois des douleurs mictionnelles. Les effets secondaires du prurit impacteront l'aspect vulvaire et vaginal qui deviendra rouge, œdématié et parfois recouvert de leucorrhées spécifiques du germe en cause.

Elle peut être d'origine mycosique (candidose), virale (herpétique) ou parasitaire (vulvovaginite à *Trichomonas vaginalis*).

Les dyspareunies causées par les vulvovaginites sont secondaires et superficielles. Ces douleurs d'origine infectieuse n'apparaissent pas spécifiquement durant la période postnatale.

L'utilisation chronique de tampons hygiéniques ainsi que des toilettes intimes trop fréquentes altèrent la muqueuse vulvovaginale et donc prédisposent ces femmes à développer cette pathologie(1,9,10)

2.1.2. La cervicite

La cervicite est une inflammation du col de l'utérus d'origine bactérienne, virale ou parasitaire. Les germes responsables les plus retrouvées sont *Neisseria gonorrhoeae* (gonocoques) et *Chlamydia trachomatis*.

Une cervicite se manifeste par des leucorrhées anormales parfois purulentes, une dysurie et des dyspareunies. Ces dernières sont provoquées lors du contact cervical, elles sont donc profondes.

Notons que les infections génitales hautes peuvent créer des adhérences, à l'origine de dyspareunies profondes. Tout geste intra-utérin effectué lors de l'accouchement est plus à risque de cervicite, d'endométrite et de salpingite(1,10,11).

2.2. Dyspareunies d'origine traumatique

Les traumatismes sources de dyspareunies concernent le col de l'utérus et le plancher pelvien. Ils peuvent survenir lors d'interventions chirurgicales ou pendant l'accouchement. Nous évoquerons ci-dessous les séquelles obstétricales et les traumatismes cervicaux répétés.

2.2.1. Les séquelles obstétricales

Lors de l'accouchement, de nombreux éléments peuvent être lésés tels que l'aponévrose périnéale, le sphincter anal externe -éventuellement le sphincter anal interne-, le muscle puborectal, le centre tendineux qui peut être distendu ou dilacéré avec une peau et des muqueuses intactes, ou bien encore, des nerfs qui se retrouvent étirés responsables par la suite d'une sensibilité vaginale amoindrie.

De ce fait, les périnées intacts comme cicatriciels sont sujets aux dyspareunies du post-partum.

Parmi les traumatismes obstétricaux provoquant des dyspareunies superficielles, les lésions périnéales telles que l'épisiotomie ou les déchirures sont bien connues. Leur réfection est un facteur très important dans la survenue de ces douleurs. De plus, le mode d'accouchement (extraction instrumentale par ventouse/forceps et césarienne) est également pourvoyeur de dyspareunies. Ce sont ces causes obstétricales que nous détaillerons ci-dessous.

L'épisiotomie est une incision médio-latérale de 60° du périnée effectuée au moment de l'accouchement. Il a été prouvé que cette pratique avait un réel intérêt lorsque la distance ano-vulvaire était minime soit inférieure à trois centimètres. Les dernières RPC élaborées par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, concernant la prévention et protection périnéale en obstétrique, abordent justement le sujet de l'épisiotomie. Elles relatent qu'il est recommandé d'obtenir l'accord de la patiente et d'expliquer l'indication de l'épisiotomie avant de la pratiquer. De plus, les études n'ont pas retrouvé d'intérêt significatif à effectuer une épisiotomie pour réduire le risque de Lésions Obstétricales du Sphincter Anal

(LOSA). En effet, son effet protecteur du noyau fibreux central du périnée et du sphincter anal n'a pas été démontré. Ceci est valable aussi pour les accouchements instrumentaux où les données sont insuffisantes pour démontrer la nécessité d'inciser le périnée de manière systématique. Les RPC recommandent par ailleurs de préférer la ventouse aux forceps ou aux spatules. Ces deux derniers instruments doivent être retirés juste avant la déflexion céphalique, de manière à ne pas faire naître le fœtus « coiffé » de ces outils(1,2,3,28).

D'après l'enquête de périnatalité de 2016, le taux d'épisiotomie a diminué, passant de 27 à 20% en France. D'après l'étude de Barrett G. et al, 73% des femmes ayant eu une épisiotomie, présentent des dyspareunies durant les trois premiers mois du post-partum(12). Malgré une redéfinition des indications de l'épisiotomie et de la politique régressive de cette pratique, l'épisiotomie reste fréquente, et ce malgré les connaissances de son impact dans le post-partum.

Lorsqu'une épisiotomie est trop large, il y a un risque important de sectionner le canal excréteur de la glande de Bartholin, qui participe à la lubrification. La complication est la bartholinite.

La réfection de l'épisiotomie, qui est un facteur clé dans la survenue de dyspareunies, dépend à la fois du type de suture employée mais aussi de l'opérateur. En effet, une étude a montré que la suture en surjet intradermique provoque moins de dyspareunies du post-partum et que la douleur périnéale en général est moindre. En ce qui concerne les variations inter-opérateurs, une épisiotomie dont les sutures sont plus serrées provoque davantage de douleurs périnéales et de dyspareunies du fait de la tension majorée exercée au niveau de la peau. A contrario, des sutures trop lâches provoquent des brides et prolongent le temps de cicatrisation -en moyenne de trois à quatre mois-, temps durant lequel la patiente ne peut avoir de relations sexuelles, rapportées « insupportables ». Face à ces défauts de reconstruction périnéale, certaines femmes doivent subir une périnéoplastie qui les soulagera mais qui ne réduira qu'en partie l'hypersensibilité développée à ce niveau.

Les déchirures font aussi partie des lésions périnéales sources de dyspareunies. En France, les déchirures sont définies par leur degré d'atteinte périnéale. Leur classification est reportée en Annexe 2(13). L'étude de Barrett G. et al a démontré qu'il n'y avait pas de corrélation entre le degré de la déchirure périnéale et la présence de dyspareunies dans le post-partum. En effet, entre 61 et

68% des femmes ayant eu une déchirure périnéale, quel que soit le degré de celle-ci, ont eu des dyspareunies dans les trois mois qui ont suivi l'accouchement (12). Notons cependant que le taux de dyspareunies secondaires à une déchirure du troisième degré dans les six mois du post-partum, est plus élevé que celui concernant les dyspareunies liées à une déchirure du premier degré. Il existe donc une corrélation entre le degré de la déchirure périnéale et la persistance des dyspareunies dans le post-partum.

Que ce soit pour des déchirures ou une épisiotomie, la réfection de ces lésions ne doit pas être faite dans la précipitation et doit respecter au maximum l'anatomie périnéale qui est propre à chacune des femmes. Les points de suture au niveau de la peau doivent être suffisamment rapprochés sans être trop serrés, de manière à favoriser la cicatrisation. De plus, il ne faut pas rapprocher de manière excessive les bords de la plaie, qu'elle soit de nature vaginale, musculaire ou dermique. En effet cela peut avoir pour conséquence directe un rétrécissement de l'orifice vaginal et provoquer alors des dyspareunies superficielles.

Un autre facteur obstétrical pourvoyeur de dyspareunies a été mis en évidence dans plusieurs études, celui du mode d'accouchement. Il a été démontré que des accouchements effectués par extraction instrumentale ou par césarienne étaient plus susceptibles de donner des dyspareunies du post-partum. En effet, les extractions instrumentales sont plus à risque de léser les ligaments ronds, larges et utéro-sacrés, et favorisent les prolapsus -le rectocèle notamment- ainsi que la rétroversion utérine. Ces lésions peuvent causer des dyspareunies du post-partum profondes avec une douleur lors de la mobilité utérine, concomitante à toute pénétration. En ce qui concerne la césarienne, des adhérences post-césarienne peuvent se créer rendant tout mouvement utérin douloureux.

D'après l'étude de Barrett G. et al, 78% des femmes dont l'accouchement s'est fait par extraction instrumentale présentent des dyspareunies durant les trois premiers mois du post-partum. En ce qui concerne les femmes ayant accouché par césarienne, il faut distinguer les césariennes programmées des césariennes en urgence : 47% et 41% respectivement en ce qui concerne l'apparition de dyspareunies pendant les trois mois suivant la naissance, ce qui est peu significatif. En ce qui concerne la persistance de ces douleurs, soulignons que les dyspareunies

secondaires à une césarienne programmée s'estompent plus rapidement que celles qui font suite à une césarienne en urgence. De plus, 37% des dyspareunies succédant à une extraction instrumentale persistent à six mois du post-partum (12). Les césariennes en urgence et les extractions instrumentales sont deux modes d'accouchement durant lesquels les facteurs stress et urgence interviennent et tous deux peuvent induire des dyspareunies plus persistantes. Cette étude tend alors à impliquer le facteur psychologique du vécu de l'accouchement. Nous traiterons cet aspect dans le chapitre des étiologies psychologiques des dyspareunies.

Les séquelles obstétricales, du fait de leur impact sur la vie sexuelle des femmes, sont très étudiées. Leurs conséquences ne doivent pas être minimisées et encore moins banalisées. Les facteurs de risque obstétricaux des dyspareunies sont établis, il faut maintenant les inclure à notre pratique pour la réadapter dans un second temps.

Un autre facteur traumatisant peut prédisposer les femmes à avoir des dyspareunies, il s'agit des traumatismes cervicaux répétés.

2.2.2. Les traumatismes cervicaux répétés

Le col utérin est une zone qui peut être fragilisée lors de diverses interventions chirurgicales telles que l'aspiration pour une interruption volontaire de grossesse ou une fausse couche, l'hystérocopie, le cerclage ou la conisation. De plus, le col utérin peut se retrouver altéré à la suite d'un traumatisme lors de l'accouchement, par exemple en cas de déchirure cervicale. Un col de l'utérus lésé est alors plus disposé à développer une infection(1,9).

Lors d'un rapport sexuel, la pénétration sollicite fréquemment le col et lorsqu'il est fragilisé elle peut engendrer une vive douleur lors de ce contact, provoquant alors une dyspareunie profonde.

2.3. Dyspareunies d'origine pelvienne

Les étiologies des dyspareunies diffèrent notamment en fonction de leur localisation, superficielle ou profonde. La plupart des études portées sur ce sujet abordent majoritairement les causes des dyspareunies superficielles, ces dernières étant les plus fréquemment rencontrées. De ce fait, il est plus difficile de retrouver les étiologies des dyspareunies profondes dans la littérature. Les maladies dont la symptomatologie inclut des dyspareunies profondes, sont majoritairement pelviennes. Nous aborderons dans un premier temps l'endométriose puis les kystes/fibromes utérins.

2.3.1. L'endométriose

Face à des dyspareunies profondes, l'endométriose est une pathologie qui doit être systématiquement recherchée. D'après l'InVS, elle toucherait 10% des femmes en France(15).

L'endométriose est une maladie définie par la localisation extra-utérine de cellules endométriales. Ces cellules ectopiques peuvent alors se greffer dans la cavité abdominale et créer des cicatrices. A chaque cycle menstruel, de nouveaux dépôts sanguins se font pour constituer finalement des nodules d'endométriose. Ces nodules sont constitués de 75% de fibrose et de seulement 25% d'endomètre et sont très souvent localisés au niveau du cul-de-sac de Douglas. Les dyspareunies sont provoquées par la stimulation de ces nodules lors de la pénétration. De ce fait, les dyspareunies font partie intégrante du diagnostic de l'endométriose(1,9,16).

Un interrogatoire associé à un examen clinique gynécologique suffit à poser le diagnostic d'endométriose mais ce dernier peut être confirmé par d'éventuels examens complémentaires tels que l'échographie pelvienne ou la coelioscopie.

2.3.2. Les kystes/fibromes utérins

20% à 40% des femmes en âge de procréer sont cliniquement porteuses de fibromes utérins, à l'examen gynécologique ou à l'échographie. Leur symptomatologie est dépendante de leur taille, de leur localisation et de leur association à d'autres maladies gynécologiques telles que l'endométriose. La majorité des fibromes utérins est asymptomatique mais lorsque leur situation est proche du col ou juste sous l'endomètre, ou que leur taille est conséquente, les femmes peuvent présenter des douleurs abdominales, des dyspareunies profondes ou des métrorragies(1,16,17).

Les fibromes utérins découverts pendant la grossesse, doivent faire l'objet d'une surveillance et d'une prise en charge s'ils deviennent symptomatiques.

Qu'il s'agisse de kystes, de fibromes ou d'endométriose, les dyspareunies secondaires à ces troubles sont profondes et antérieures à la période post-natale.

2.4. Dyspareunies d'origine vulvaire

❖ La vulvodynie

D'après l'ISSVD (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease), « la vulvodynie est une sensation d'inconfort vulvaire, le plus souvent décrit comme des brûlures apparaissant en l'absence d'infection vulvaire visible ou de désordre neurologique spécifique ». La classification de ces douleurs a été revue et corrigée en 2003 par l'ISSVD, elle est jointe en Annexe 3.

Dans notre étude, nous évoquerons uniquement les vulvodynies de contact ou vulvodynies provoquées, les vulvodynies généralisées concernant majoritairement des femmes en période de pré-ménopause.

La vulvodynie provoquée est une douleur vulvaire qui se manifeste uniquement en cas de pression, de contact, de port de vêtements trop serrés et/ou lors d'un rapport sexuel. La zone vulvaire la plus sensible est essentiellement le vestibule. Lors de l'examen, le test du coton-tige permet d'identifier la vestibulodynie de

contact. En effet, lors de ce dernier, l'attouchement du coton-tige avec la muqueuse du vestibule provoque la douleur.

D'après les dernières recherches, la vulvodynie présenterait des facteurs prédisposants tels que des infections génitales ou urinaires à répétition, une chirurgie vulvaire ou périnéale, un antécédent d'accouchement, un choc mécanique ou psychologique traumatisant et/ou la prise de contraceptifs oraux. Concernant la contraception hormonale, certaines femmes présentent en effet une atrophie de la muqueuse vulvaire responsable de cette hypersensibilité.

D'après ces facteurs de risque, les femmes sont d'autant plus susceptibles de développer une vulvodynie dans le post-partum, et donc de présenter des dyspareunies superficielles.

Le diagnostic de la vulvodynie est complexe puisque leur origine est multifactorielle, que leur survenue est tardive et que les éléments en faveur de cette pathologie sont très proches de ceux des névralgies (1,9,18,19).

2.5. Dyspareunies d'origine neurologique

La névralgie est une douleur très fréquente et très invalidante. Le mécanisme associé est celui de compression nerveuse et le nerf le plus souvent touché est le nerf pudendal.

❖ Lésions du nerf pudendal

Pendant l'accouchement, certaines femmes ressentent une douleur très violente secondaire à une atteinte nerveuse. Elle peut s'apaiser dans le post-partum comme elle peut persister durant des mois. Face à des douleurs neuropathiques qui perdurent à trois ou six mois de l'accouchement, les professionnels de santé doivent évoquer la lésion du nerf pudendal et orienter la prise en charge si le diagnostic est confirmé(1). Le diagnostic de la névralgie pudendale se pose selon les « critères de Nantes » : présence d'une douleur dans le territoire du nerf pudendal (de l'anus à la

verge ou au clitoris), aggravée en position assise, non insomniaute, sans déficit objectif et avec un bloc diagnostique du nerf pudendal positif. Anatomiquement, le nerf pudendal passe au niveau du canal d'Alcock, lui-même formé par le dédoublement de la membrane de l'obturateur interne dans sa partie inférieure. Le nerf pudendal est entouré par deux muscles principaux : le muscle obturateur interne et le muscle piriforme.

A long terme, les séquelles de ce traumatisme obstétrical se manifestent par des hypertonies, des contractures ou encore des spasmes musculaires. Ces spasmes sont qualifiés de myospasmes traumatiques persistants et s'inscrivent alors dans un syndrome myofascial. Lorsque ces spasmes concernent le muscle piriforme ou obturateur interne, le bon fonctionnement de leur voisinage, tel que le nerf pudendal, peut être altéré. En effet, quand le muscle piriforme est spasmé ou quand la membrane du muscle obturateur interne est mise sous tension, le nerf pudendal est comprimé. La symptomatologie qui est associée à cette compression peut se traduire de plusieurs manières : par des brûlures, un tiraillement, un engourdissement, une sensation de corps étranger intracavitaire, une allodynie et/ou une station assise pénible voire impossible(19,20,21).

Ces contractions musculaires associées à un mauvais vécu de l'accouchement peuvent établir un terrain de prédisposition dans le développement d'un réflexe myotatique de défense. Ce dernier peut avoir lieu lors d'une relation sexuelle et se manifester par des dyspareunies.

2.6. Dyspareunies d'origine hormonale

La période post-natale se caractérise par de grands bouleversements hormonaux, notamment par une carence oestrogénique, pouvant être à l'origine de facteurs favorisant les dyspareunies du post-partum. En effet, la diminution des oestrogènes provoque de manière physiologique un amincissement de l'épithélium vaginal et une diminution de lubrification, à l'origine d'une sécheresse vaginale. De plus, les muqueuses perdent en élasticité et les composants du tissu conjonctif dégénèrent, rendant la femme plus sensible à la douleur.

Après l'accouchement, les femmes qui allaitent leur enfant subissent des modifications hormonales qui ne sont pas sans conséquence. En effet, l'allaitement provoque chez les femmes une hyperprolactinémie, qui est responsable de la diminution du taux d'œstrogènes, de progestérone et d'androgènes maternels. La chute des hormones sexuelles se manifeste par une diminution de la libido et une sécheresse vaginale provoquant alors des dyspareunies superficielles. L'étude menée par Kettle et al a démontré que 21,2% des femmes qui allaitaient, présentaient des dyspareunies, contre 15,9% pour celles qui ne donnaient pas le sein(23). Ce constat a aussi été fait dans l'étude de Barrett et al, qui a mis en évidence que les dyspareunies persistant à 6 mois du post-partum étaient significativement associées à l'allaitement(12).

2.7. Dyspareunies d'origine psychologique

Le post-partum est une période compliquée pour les femmes. Certaines d'entre elles ont vécu une grossesse, un accouchement ou des suites de couche compliquées et se hâtent d'intégrer pleinement leur rôle de mère. Elles découvrent alors que ce bonheur s'accompagne malheureusement de stress, de doutes et de beaucoup de fatigue (manque de sommeil, nuits agitées). Malgré l'omniprésence de ces trois sentiments, les femmes doivent continuer de répondre aux besoins de leur enfant et cela implique souvent un changement complet de biorythme(24). Ces modifications concernent à la fois la mère et le père, qui voient alors leur vie de couple passer au second plan. Durant plusieurs mois après la naissance, les femmes se sentent plus mères qu'épouses et ce constat est d'autant plus vrai lorsqu'elles allaitent. En effet, Glazener et al ont constaté que les femmes allaitantes étaient trois fois plus indifférentes à la reprise des rapports sexuels durant les trois premiers mois du post-partum, que les femmes qui n'allaitaient pas(25).

Toutes les femmes voient leur image corporelle changer dans le post-partum et beaucoup ressentent la peur de ne plus plaire à leur partenaire. Pour cela, il est primordial qu'elles apprennent à accepter leur nouveau corps avant de reprendre toute activité sexuelle. De plus, certains partenaires angoissent à l'idée de faire mal à leur compagne, d'autres se sentent écartés et jaloux de la relation tissée entre leur

femme et leur nouveau-né. Ces points incitent donc à favoriser d'autant plus la communication conjugale.

Dans certains cas, les dyspareunies du post-partum peuvent révéler des problèmes conjugaux antérieurs. En effet, certaines femmes utilisent de manière inconsciente la douleur comme prétexte pour limiter les rapports sexuels. En effet, dire « j'ai mal » plutôt que « je ne veux pas » est parfois plus facile pour elles.

La baisse physiologique de libido -liée à la chute des hormones sexuelles-, s'ajoute aux facteurs nuisibles au bon déroulement de la sexualité. Tous ces bouleversements sont rarement prévenus pendant la grossesse et sont de ce fait, très mal vécus par le couple. Donner ces informations en amont permet au couple d'approcher le sujet de manière plus sereine et ainsi de rendre la reprise de la sexualité moins difficile.

Pour certaines femmes, l'accouchement a parfois été traumatisant. L'étude de JE Handelzalts a démontré que les femmes ayant eu une extraction instrumentale ou une épisiotomie avaient un mauvais vécu de l'accouchement causé par le phénomène d'urgence qui y était associé. Ils ont aussi constaté qu'elles étaient plus sujettes aux dyspareunies(14). Pendant la grossesse et le travail, les femmes subissent de nombreuses intrusions dans leur sphère intime au travers des touchers vaginaux mais aussi par la présence de nombreux professionnels de santé lors de l'accouchement. Le périnée initialement attaché au domaine de la sexualité, se retrouve alors associé au traumatisme psychologique de l'accouchement. Lors du rapport sexuel, les femmes concernées ont un défaut de lubrification corrélé à un manque de désir et certaines d'entre elles présentent une contracture involontaire des muscles périnéaux, pouvant prétendre à un mécanisme de défense(20). Ce vaginisme secondaire associé à la sécheresse vaginale rendent difficile et douloureuse la pénétration. Soulignons que ce mécanisme est d'autant plus pénible lorsque la cicatrisation de l'épisiotomie est longue.

Le facteur psychologique dans la survenue des dyspareunies a été démontré dans plusieurs études. Les dyspareunies initialement d'origine organique, peuvent devenir psychologiques du fait de l'appréhension et de la peur d'avoir mal de nouveau lors des rapports sexuels. Une étude de 2016 a montré que les

dyspareunies persistant après 12 mois semblaient liées au vécu de l'accouchement par la mère plus que par le traumatisme périnéal(4).

Nous pouvons conclure ce chapitre des étiologies psychologiques en soulevant le fait que certaines femmes, dont le terrain psychologique est fragilisé, sont plus susceptibles de développer des dyspareunies du post-partum. En effet, il existe des femmes qui ont développé une érotophobie très forte. Il s'agit d'une peur et d'une culpabilité des relations sexuelles. Une liste de facteurs prédisposants a été conçue(1) :

- Abus sexuel (dans l'enfance ou à l'âge adulte)
- Faible éducation sexuelle
- Détresse émotionnelle chronique
- Violences physiques ou psychologiques au domicile
- Différences culturelles
- Problèmes au travail.

Tous ces éléments doivent être connus par les professionnels de santé qui dépisteront plus ou moins précocement, les dyspareunies.

3. Le dépistage des dyspareunies

La sexualité étant un sujet tabou, peu de femmes consultent en énonçant clairement leurs dyspareunies. C'est pourquoi les professionnels de santé doivent avoir un rôle actif dans le dépistage de ces douleurs.

Le sujet étant les dyspareunies du post-partum, nous évoquerons uniquement les professionnels de santé susceptibles de rencontrer les femmes qui en sont victimes.

Les étiologies évoquées ci-dessus concernent essentiellement les dyspareunies pour lesquelles l'élément déclencheur a été l'accouchement. Parmi ces dernières, les causes hormonales et mécaniques peuvent survenir dès la grossesse. De ce fait, les dyspareunies ne doivent pas être uniquement dépistées dans le post-partum mais aussi pendant la grossesse.

La sexualité change pendant la grossesse. Les modifications morphologiques, hormonales et le changement du regard masculin sur le corps de la femme peuvent amener à des douleurs durant les rapports sexuels. De plus, la sexualité est source de questionnements pour le couple pendant la grossesse. Les professionnels de santé, intervenant dans le suivi de la grossesse, doivent être en mesure de répondre aux questions du couple afin d'éclairer les zones d'ombre pouvant altérer le bon déroulement de la sexualité.

L'idéal pour dépister les dyspareunies serait d'anticiper en évoquant systématiquement la sexualité lors d'une consultation prénatale, qu'elle soit menée par un médecin gynécologue-obstétricien ou une sage-femme. Approcher le sujet dans sa globalité permet de mettre en confiance la patiente ou le couple et d'en venir progressivement à un probable dysfonctionnement ou questionnement. Il est important de préciser que les professionnels de santé doivent se sentir suffisamment formés et à l'aise avec le sujet de la sexualité, pour pouvoir l'aborder avec les patientes et les couples(24).

Les professionnels de santé ne doivent pas demander directement aux patientes si elles ont des difficultés pendant les rapports sexuels, à moins qu'elles en aient parlé plus tôt. Les conséquences directes seraient une atmosphère méfiante et une patiente braquée. C'est pourquoi avant d'entamer le dépistage des dyspareunies, un climat de confiance doit être bâti avec l'impression d'avoir affaire à un professionnel de santé compétent, ouvert et compréhensif.

Une fois que le problème de la dyspareunie a été établi, il faut dans un premier temps informer la patiente qu'il n'est pas normal d'avoir mal pendant les rapports sexuels, pour mieux la rassurer dans un second temps, en lui disant qu'il existe des solutions.

Le professionnel débute alors par un interrogatoire systématique. Un exemple a été proposé par HM Lucena et al(1) :

1. Questions spécifiques :
 - Depuis combien de temps présentez-vous ce problème ?
 - Est-ce que c'est une sensation aigue, diffuse, lancinante, de brûlure ou de coupure ?

- Est-ce vous trouvez que cette douleur s'apaise ou qu'elle s'intensifie ?
- Est-ce cette douleur est présente depuis le premier rapport sexuel ou est-ce qu'elle est apparue après ?
- Est-ce que la douleur est présente à chaque rapport sexuel ?
- A quelle fréquence avez-vous des relations sexuelles ?
- Est-ce que la douleur apparait au début de la pénétration ou est-ce qu'elle apparait lorsque cette dernière est profonde ?
- Y a-t-il des positions sexuelles qui empirent ou qui apaisent ces douleurs ?
- Est-ce que les anti-douleurs vous soulagent ?
- Avez-vous des douleurs génitales ou pelviennes survenant lors d'un autre contact que celui des rapports sexuels (insertion d'un tampon hygiénique, examen pelvien, insertion digitale, sexe oral, pendant une miction) ?

2. Questions sur l'histoire sexuelle de la patiente :

- Avez-vous envie d'avoir des rapports sexuels ?
- Etes-vous excitée et suffisamment lubrifiée pendant les préliminaires ?
- Est-ce que ces douleurs impactent votre relation de couple ?
- Quand avez-vous changé de partenaire sexuel pour la dernière fois ?
- Aviez-vous ces douleurs avec d'autres partenaires ?

Cet interrogatoire peut être aménagé selon la situation, qu'elle se produise en prénatal comme en postnatal. Dans les deux cas, il est indispensable de corrélérer les informations récoltées lors de cet entretien avec les éléments cliniques du dossier de la patiente tels que ses antécédents personnels, psychologiques, médicaux, gynécologiques ou obstétricaux.

Les réponses à ces questions permettent de mieux comprendre la survenue, le vécu et le type de dyspareunies. Cette étape est indispensable pour orienter et personnaliser la prise en charge.

4. La prise en charge des dyspareunies

La prise en charge des dyspareunies est complexe. Les étiologies étant organique ou psychologique, parfois les deux, une prise en charge optimale nécessite souvent l'intervention de plusieurs professionnels de santé.

Les étiologies purement organiques vont intéresser les médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, chaque corps de métier ayant des champs de compétences et de prescriptions bien définis. Du fait de la diversité des étiologies des dyspareunies, il existe de nombreux traitements possibles. Parmi ceux-ci, certains sont bien connus des professionnels de santé tels que les traitements à prescrire face à une étiologie infectieuse, pelvienne, urologique ou digestive. Les conduites à tenir face à des dyspareunies secondaires à un traumatisme obstétrical sont quant à elles méconnues et font l'objet de nombreuses recherches. Nous détaillerons dans un premier temps la prise en charge à adopter face à des dyspareunies causées par une lésion périnéale, puis dans un second temps les traitements d'une lésion du nerf pudendal.

4.1. Prise en charge des dyspareunies superficielles consécutives à une lésion périnéale lors de l'accouchement

Les dyspareunies faisant suite à un périnée cicatriciel (déchirures ou épisiotomie) sont de nature superficielle. Leur prise en charge dépend beaucoup des éléments retrouvés à l'examen clinique. Ce dernier comprend une inspection minutieuse de la vulve puis un toucher vaginal. L'examen est vraiment dépendant de chaque patiente qui doit rester suffisamment confortable et poser ses limites face à la douleur. A l'inspection, le professionnel de santé doit regarder s'il y a une cicatrice, un hématome, ou une quelconque anomalie susceptible de provoquer une dyspareunie. En ce qui concerne la phase tactile de l'examen, une douce palpation à l'aide d'une pulpe de doigt, doit être débutée au niveau de la fourchette vulvaire afin de sentir une éventuelle tension corrélée à un rétrécissement vaginal. La progression se fait en regard de la cicatrice qui doit être continue, souple, indolore

et lisse. Le toucher vaginal permet aussi de rechercher une contracture musculaire orientant le diagnostic vers un syndrome myofascial.

Si l'insertion digitale est bien tolérée, la pose d'un speculum peut être envisagée mais ce dernier devra être lubrifié et son insertion très délicate. Elle permettra alors de regarder les parois vaginales et de relever des anomalies telles que des bandes vaginales, un hématome, des leucorrhées pathologiques, un col de l'utérus inflammé etc.

Face à une cicatrice bridée, tendue ou un rétrécissement de l'orifice vaginal, il faudra rendre les tissus plus élastiques pour lever la tension et favoriser l'intromission. Les massages périnéaux peuvent alors être initiés par le professionnel de santé puis poursuivis par la patiente en autonomie à son domicile. Ces derniers s'effectuent à l'aide d'huiles naturelles ou de crèmes biologiques dont certaines références sont plus recommandées que d'autres. De plus, ces massages ont des bienfaits pour les patientes présentant une hypersensibilité vulvaire ou une vulvodynie, tels qu'une désensibilisation des capteurs sensitifs de la muqueuse vulvaire et donc une baisse du seuil de la douleur, mais aussi une réappropriation de cette partie du corps.

Afin d'améliorer la trophicité vulvovaginale, l'apport d'acide hyaluronique peut être intéressant. En effet, son rôle dans la matrice cellulaire implique des propriétés cicatrisantes et anti-inflammatoires prouvées. Il existe sous forme de gel à appliquer sur le périnée et sous forme d'injections que seuls un dermatologue ou un gynécologue formés à cette technique, peuvent pratiquer. Ce traitement peut être proposé face à une épisiotomie ou des cicatrices fibreuses.

En ce qui concerne les dyspareunies secondaires à une sécheresse vaginale, des œstrogènes locaux peuvent être proposés.

Face à un syndrome myofascial, diagnostiqué par la palpation de certains points gâchettes, il faut exercer des pressions ciblées, glissées et fermes au niveau de ces points pour obtenir un relâchement musculaire maximal. Des automassages à la lidocaïne et des auto-étirements quotidiens du périnée sont aussi préconisés, ainsi que la prescription de séances en Médecine Manuelle.

Bien que la rééducation du périnée ne soit pas associée à une diminution des dyspareunies après 1 an d'après le CNGOF (mise à jour en 2015), l'utilisation de

techniques manuelles et du biofeedback ont prouvé leur rôle dans le renforcement de la sangle périnéale. De plus, l'électrostimulation a une valeur antalgique prouvée. Cette pratique utilise des basses fréquences (5 à 10 Hz) et des sondes adaptées à la problématique : sondes doigtiers si dyspareunies superficielles ou cicatrices indurées ; sondes barrettes classiques ou sondes doigtiers pour dyspareunies profondes.

Lors des séances de rééducation du périnée, le kinésithérapeute ou la sage-femme peuvent exercer des techniques à visée de relaxation musculaire telles que le biofeedback négatif, le contracter-relâcher, l'étirer-relâcher, la fasciathérapie, l'ostéopathie ou la myothérapie. Ces méthodes doivent être systématiquement associées à la respiration et à la relaxation(1,9).

Ces prises en charges spécifiques doivent toujours s'associer à un renforcement musculaire (abdominal, périnéal et dorsal) ainsi qu'à une correction de la posture et de l'équilibre.

Il n'existe pas de technique parfaite pour traiter les dyspareunies superficielles. La prise en charge proposée par le professionnel de santé doit être lente, progressive, douce, indolore, n'engendrant pas l'apparition du réflexe myotatique de défense.

De nouvelles technologies sont en cours d'évaluation dans le traitement des dyspareunies. Les plus intéressantes sont présentées ci-après.

La technique la plus prometteuse mais encore en cours d'évaluation dans les études, est celle du champ électromagnétique pulsé (CEMP). Cette technique utilisée de nos jours dans le domaine du sport, a pour bienfaits une détente psychotonique, une tonification musculaire et une décontraction musculaire. Le CEMP a une action antalgique, anti-inflammatoire et anti-œdémateuse. Cette méthode stimule la microcirculation et donc accélère la régénération des cellules. Le CEMP est contre-indiqué cependant en cas de fièvre, d'infection avérée, de grossesse et de pacemaker. De multiples études mènent à penser que cette méthode peut être efficace dans les douleurs périnéales du post-partum.

Les autres méthodes en cours d'analyse sont la milta-thérapie, l'utilisation de la haute fréquence et le laser O2 fractionné.

La MIL-thérapie s'effectue quant à elle par l'intermédiaire d'un appareil qui associe des techniques du LED (Light-Emitting Diode), du laser et des champs électromagnétiques. Cette thérapie a une action antalgique et anti-inflammatoire, elle agit sur la réparation tissulaire. Les seules contre-indications sont la grossesse et le port de pacemaker.

L'utilisation de la haute fréquence a une action drainante, anti-inflammatoire et antalgique. Ses propriétés sont intéressantes sur des cicatrices d'épisiotomie, de déchirure ou de césarienne, fibrosées et douloureuses. Cependant la haute fréquence est contre-indiquée pendant la grossesse, en cas d'infection, de sclérose en plaques, de pacemaker et d'insensibilité à la chaleur.

Le laser O2 fractionné améliore quant à lui la trophicité vulvovaginale grâce à une bio stimulation. Cette dernière accélère en effet la guérison des tissus. La grossesse, les infections et le pacemaker contre-indiquent son utilisation.

4.2. Prise en charge de dyspareunies causées par une lésion du nerf pudendal

Parmi les douleurs du post-partum ayant un retentissement sur la sexualité, les douleurs neurogènes dues à un étirement ou une compression du nerf pudendal nécessitent une prise en charge spécifique.

En fonction de la persistance et de la gravité de ces algies, les traitements seront plus ou moins invasifs.

Dans un premier temps, la prise en charge des névralgies pudendales consiste à lever la compression par des séances de rééducation durant lesquelles des massages neuraux sont effectués. Ils tendent à réduire les douleurs, notamment les douleurs musculosquelettiques associées. Il existe deux techniques de massage neural, celle de mise en tension-échappement et celle de vibration lente, qui ont prouvé leur efficacité dans le traitement des algies pelvi-périnéales. C'est un traitement non invasif qui est moins anxiogène pour les patientes.

Des infiltrations peuvent aussi être effectuées pour soulager les patientes atteintes de névralgie pudendale. L'acte consiste à anesthésier le nerf pudendal et à

le traiter par corticoïdes au niveau de sa compression. Ce geste nécessite que l'opérateur soit expérimenté et qu'il connaisse parfaitement le trajet du nerf pudendal.

Face à une névralgie pudendale persistante, un traitement chirurgical consistant à lever la compression peut être préconisé.

Comme nous l'avons décrit précédemment, les étiologies organiques de dyspareunies se mêlent souvent aux causes psychologiques. Dans le cas des extractions instrumentales et des césariennes en urgence, il a été démontré qu'elles étaient sources de dyspareunies dans le post-partum du fait de l'urgence qui était associée à l'accouchement. Ces patientes doivent être dirigées vers un psychothérapeute de manière à revenir sur ces événements antérieurs et sur le vécu de l'accouchement. De plus, lorsque les dyspareunies influent sur la relation conjugale, le professionnel de santé qui effectue le suivi du post-partum, peut rediriger le couple vers un sexologue s'il le juge nécessaire.

Au risque qu'elles perdurent dans le temps, les dyspareunies nécessitent une prise en charge optimale. Pour cela elle doit être pluridisciplinaire et inclure les médecins gynécologues obstétriciens, les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les psychologues, les sexologues et autres praticiens de médecine douce (acupuncture, ostéopathie, homéopathie etc).

5. La dyspareunie, quelle prévention auprès des femmes ?

La prévention des dyspareunies s'effectue à la fois dans le per, le pré et le post-partum. C'est de manière chronologique que nous évoquerons les différentes manières de prévenir ces douleurs.

Pendant la grossesse, les femmes peuvent déjà être sujettes à des dyspareunies. La sexualité est un domaine qui devrait être abordé systématiquement avec les patientes et les couples. La communication sur ce sujet pourrait avoir lieu lors des séances de préparation à l'accouchement si la sage-femme est suffisamment à l'aise, lors de l'entretien prénatal précoce qui est un moment opportun pour discuter avec

le couple, ou par le biais de dépliants laissés en salle d'attente. Le message doit être préventif et doit inciter les femmes à ne plus taire ces douleurs(9,24).

Le massage périnéal prénatal est une pratique consistant à se masser le périnée à partir du 8^{ème} mois de grossesse afin d'assouplir les tissus. Le CNGOF le recommande dans ses dernières RPC de 2018 concernant la prévention et la protection périnéale en obstétrique. Le massage périnéal doit être encouragé chez les femmes souhaitant le pratiquer. Les études montrent qu'il diminue le taux d'épisiotomie et les douleurs périnéales dans le post-partum. Cependant, il ne diminue ni le taux de lésions obstétricales du sphincter anal, ni le taux d'incontinence urinaire dans le post-partum. Au sein de ces RPC, le dispositif Epi-No est évoqué. Il s'agit d'un exercice d'étirement que l'on effectue à partir de la 37^{ème} semaine à l'aide d'un ballon situé en intravaginal que l'on gonfle progressivement à l'aide d'une pompe. Le but de cet exercice est de laisser glisser le ballon gonflé hors du vagin. De ce fait, la femme ressentira une sensation semblable à celle ressentie lors du passage du fœtus puisque le ballon atteint à la fin le diamètre moyen d'un périmètre crânien d'un nouveau-né à terme. Ce dispositif n'a cependant pas montré de bénéfice pour la protection périnéale obstétricale.

Pendant le travail, un massage périnéal peut être introduit par la sage-femme puis poursuivi par la patiente elle-même. Ce dernier s'effectue avec deux doigts gantés et lubrifiés insérés dans le vagin à 3-4 cm de profondeur. Une pression modérée doit alors être exercée vers le bas en direction du rectum. Les mouvements doivent être latéraux, lents, doux et réguliers : 1 seconde dans chaque direction. Les gestes ne doivent pas être rapides, la pression ne doit pas être soutenue. Ce massage doit être maintenu pendant et entre les efforts expulsifs, sans tenir compte des postures maternelles. Soulignons tout de même qu'il doit être effectué en fonction de la tolérance maternelle. Une étude a prouvé que ce massage avait pour conséquence un recours diminué aux épisiotomies (26). Le massage périnéal et l'application de compresses chaudes sur le périnée au cours du travail ont d'ailleurs été évoqués par le CNGOF. Ces pratiques semblent diminuer le risque de lésion obstétricale du sphincter anal -LOSA-(28).

Il est important que rappeler que le contrôle manuel du dégagement de la présentation céphalique ainsi que le soutien du périnée postérieur, sont deux

éléments primordiaux dans la prévention des LOSA et donc des dyspareunies du post-partum.

Un autre facteur préventif dans la survenue des dyspareunies a fait ses preuves. Il s'agit de l'anesthésie locale en systématique pour la pratique et la réfection de l'épisiotomie. Cela consiste à injecter de la lidocaïne au niveau du futur trajet de l'épisiotomie. Ceci peut être substitué par une anesthésie par infiltration des nerfs pudendaux qui consiste à injecter 10mL de lidocaïne 1% au contact de chaque nerf pudendal par voie vaginale directe ou trans-périnéale.

Comme précisé dans le chapitre des dyspareunies d'origine traumatique, dans la section des séquelles obstétricales, la suture de l'épisiotomie est un élément préventif des dyspareunies du post-partum. En effet, la suture dite « 1 fil, 1 nœud », qui consiste à effectuer un surjet continu, en intradermique au moment de suturer la peau, a fait ses preuves. En effet, le CNGOF a validé cette technique plutôt que les points séparés, les données de la littérature démontrant moins de douleurs dans les suites immédiates de l'accouchement avec moins d'antalgiques consommées, ainsi qu'une cicatrisation de bonne qualité. Cette pratique doit être réalisée avec des fils synthétiques à résorption rapide.

En ce qui concerne les femmes ayant eu un accouchement traumatique du point de vue psychologique, il est important que les professionnels de santé présents, sages-femmes et gynécologues obstétriciens reviennent sur ce moment. En effet, des gestes tels que l'épisiotomie ou l'extraction instrumentale peuvent être faits dans l'urgence sans que la patiente en soit informée ou qu'elle ait donné son accord au préalable. Toutes comprennent la notion d'urgence et l'impossibilité parfois de communiquer sur le moment. Cependant certaines femmes regrettent que l'équipe ou un membre de l'équipe, ne soit venus une fois la situation apaisée, pour expliquer les faits. Les patientes ont un tout autre regard des évènements du fait des émotions, du manque de connaissances médicales et de l'investissement personnel, c'est pourquoi elles ont besoin que les faits soient justifiés même a posteriori. La communication est un élément essentiel dans la prévention des dyspareunies du post-partum d'origine psychologique.

Périnée cicatriciel ou périnée intact, cette partie du corps a subi de nombreuses contraintes lors de l'accouchement. Ces dernières peuvent alors provoquer de fortes douleurs pelvi-périnéales pendant le post-partum. Il est fondamental de prendre en

charge ces douleurs pour prévenir la survenue de dyspareunies lors de la reprise des rapports sexuels, qui en seront d'autant plus appréhendés si elle est insuffisante. Pour cela, des traitements médicamenteux doivent être délivrés et adaptés à chaque patiente : paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens, antalgiques de palier II et III. La voie rectale ne doit pas être exclue, le soulagement est en effet plus rapide et plus efficace. D'autres antalgiques ont fait leurs preuves tels que le froid, sous forme de glace solide ou pilée, appliqué directement sur le périnée ou entre deux couches de tissus. Il est conseillé de l'appliquer par tranche de dix minutes plutôt qu'en continu. Cela permet de maintenir une diminution de la température du muscle sans altérer la peau et cela permet au tissu superficiel de retrouver sa température normale. Dans la prise en charge des douleurs périnéales du post-partum, nous retrouvons aussi les bienfaits de l'homéopathie et de la nutrithérapie(9).

Le dernier élément préventif des dyspareunies traité dans ce sujet est l'information à donner aux patientes sur la reprise des rapports sexuels. Elle est capitale pour prévenir un éventuel dysfonctionnement. Parmi les éléments à communiquer aux patientes, nous retrouvons la chute hormonale provoquant une diminution de la libido et une sécheresse vaginale. Les sages-femmes, qui sont les professionnels de santé les plus amenés à faire les conseils de sortie maternels, doivent conseiller d'attendre la fin de la cicatrisation périnéale avant la reprise des premiers rapports sexuels et doivent prôner l'utilisation de lubrifiants. Le message clé à faire passer est qu'il n'est pas normal d'avoir mal pendant les rapports sexuels et que face à des dyspareunies intenses et prolongées, les femmes doivent consulter. Elles doivent savoir qu'il existe des traitements et que les professionnels avisés sauront les aider à retrouver une sexualité qui leur convient.

6. Le rôle de la sage-femme

La sexualité, même au sein du domaine médical, reste un sujet tabou, difficile à aborder, que ce soit du point de vue du patient ou du professionnel.

Au cours des études en sciences maïeutiques, un temps d'apprentissage est dédié à la sexologie mais celui-ci diffère selon les générations. En effet les cours consacrés

à ce sujet sont beaucoup plus conséquents depuis quelques années. Les jeunes sages-femmes sont théoriquement plus formées en sexologie que leurs aînées. Une étude de 2012 a cependant montré que les sages-femmes plus expérimentées, abordaient plus aisément le sujet de la sexualité avec leurs patientes. En effet, la formation initiale va se compléter au fur et à mesure par les situations cliniques rencontrées dans l'exercice professionnel.

Les patientes quant à elles, estiment à 86% qu'il est nécessaire que les sages-femmes abordent le sujet de la sexualité pendant la grossesse. Face à cette attente, dont les sages-femmes ont conscience, seulement 18% des sages-femmes interrogées dans l'étude abordent systématiquement la sexualité.

Une patiente sur deux déclare n'avoir reçu aucune information sur la sexualité au cours de son suivi de grossesse.

Ces chiffres représentent pleinement la nécessité d'aborder et ce de manière systématique, le sujet de la sexualité dans sa globalité. Il est regrettable de le faire uniquement dans le post-partum lorsqu'un dysfonctionnement apparaît.

L'étude de H. Didier qui incluait des sages-femmes libérales et des sages-femmes hospitalières, a relevé que les sages-femmes libérales abordaient davantage la sexualité avec leurs patientes. Que ce soit dans le suivi prénatal ou postnatal, les sages-femmes libérales sont de plus en plus sollicitées. De ce fait, elles font partie des professionnels de santé les plus confrontés et les plus compétents pour prévenir et dépister les dyspareunies. Le travail en réseau est indispensable dans leur pratique quotidienne, ce qui est un avantage lorsqu'il faut rediriger les patientes pour une prise en charge (9,24,27).

RECHERCHE

1. Problématique et hypothèses

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence le rôle de la sage-femme libérale dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des dyspareunies.

Ainsi, la problématique qui en découle est :

« Quel est le rôle de la sage-femme libérale dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des dyspareunies ? »

Pour répondre à cette question, deux hypothèses ont émergé.

La première est celle que les sages-femmes libérales ont un rôle capital dans la prévention des dyspareunies.

La deuxième hypothèse est plus négative et consiste à penser que les sages-femmes libérales ne dépistent pas suffisamment les dyspareunies et que la prise en charge de ces douleurs leur est méconnue.

2. Matériel et méthode

2.1. Choix de la population et de la méthode

Nous avons choisi d'interroger des sages-femmes libérales plutôt que des sages-femmes hospitalières parce qu'elles sont plus exposées à prendre en soins des femmes dans la période du post-partum. En Normandie, très peu de sages-femmes hospitalières mènent des consultations post-natales, ces dernières sont le plus souvent réservées aux gynécologues obstétriciens pour des patientes aux antécédents notables.

Nous nous sommes tournés vers les sages-femmes libérales exerçant en Normandie. La réunification des régions de janvier 2015 nous a amenés à ne pas se limiter à l'ancienne Haute-Normandie de manière à augmenter les effectifs de réponse, et rendre ainsi l'étude plus significative.

Après avoir défini la population à interroger, nous avons cherché un moyen simple et gratuit de sonder ces professionnels de santé. De ce fait, nous avons décidé de créer un questionnaire en ligne sur le site WebQuest [Annexe 4], site internet spécialisé et autorisé par l'école de sages-femmes de Rouen. Après avoir conçu le questionnaire, nous avons rédigé un mail incluant le lien internet redirigeant la personne vers le questionnaire en ligne.

Si le questionnaire en ligne a été préféré plutôt que le questionnaire papier, c'est pour une question de coût et aussi de simplicité. En effet, toute sage-femme libérale possède de nos jours un ordinateur et une adresse email.

Le nombre total de sages-femmes libérales exerçant en Normandie est de 242 d'après l'annuaire de l'Ordre des Sages-Femmes -doublons non comptabilisés-, consultable en ligne.

La répartition est la suivante :

- 93 en Seine-Maritime
- 34 dans l'Eure
- 69 dans le Calvados
- 37 dans la Manche
- 9 dans l'Orne.

2.2. Méthodologie

Après la conception du questionnaire, la première étape a été de lister le nom des sages-femmes libérales exerçant en Normandie et de les classer par lieu d'exercice, soit par département. Les noms des sages-femmes libérales de Normandie ont été relativement simples à trouver via les sites internet du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et des Associations des Sages-Femmes Libérales.

La deuxième étape a consisté à associer au nom de la sage-femme libérale son adresse email. Pour cela, nous avons consulté plusieurs annuaires internet. Voici un tableau présentant le nombre d'adresses email retrouvées en fonction des sites internet consultés et des départements.

	CALVADOS	MANCHE	ORNE	SEINE-MARITIME	EURE
Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes¹	33	17	8	46	22
Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL)²	5	3	1	7	7
Association des Sages-Femmes Libérales de Basse-Normandie (ASFLBN)³	1	0	0		
Association des Sages-Femmes Libérales de Haute-Normandie (ASFLHN)⁴				8	0
Nombre d'adresses email obtenues/total	39/69	20/37	9/9	61/93	29/34

Au total, 158 adresses email ont pu être récoltées en consultant ces sites internet soit 65% du nombre de sages-femmes libérales exerçant en Normandie.

¹ <http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuaireflib/>

² <https://ansfl.org/trouver-une-sf/>

³ <https://www.sagesfemmes-lib-bn.fr/>

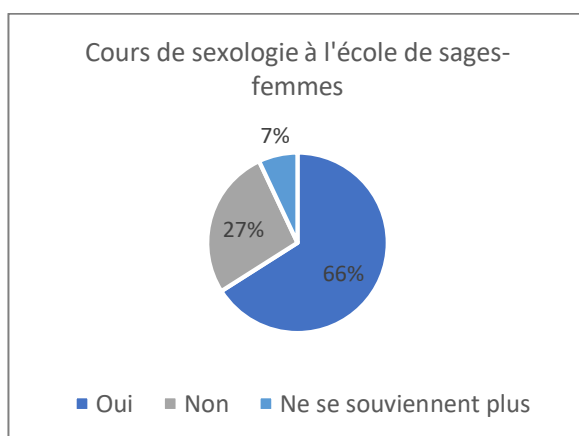
⁴ <https://sagesfemmes-normandie.fr/annuaire.html>

Afin de compléter cette liste, nous nous sommes rapprochés directement des associations régionales de sages-femmes libérales -ASFLHN et ASFLBN- et nous avons demandé aux bureaux. Dès lors, 38 réponses ont été obtenues jusqu'à fin janvier 2019. Face à ce faible nombre, une relance a été faite début février mais qui s'est révélée peu concluante avec un faible taux de réponses supplémentaires.

Leur liste de diffusion ne couvrant pas la totalité des sages-femmes libérales de Normandie -puisque toutes ne sont pas inscrites auprès de ces associations régionales-, nous avons décidé d'envoyer le lien du questionnaire aux 158 adresses email récoltées manuellement au préalable. Après cet envoi groupé, le total de réponses s'est élevé à 82 réponses début mars. Parmi les adresses email recueillies, certaines d'entre elles se sont révélées obsolètes et n'ont pas été comptabilisées dans le tableau ci-dessus. Le questionnaire a été clos le 15 mars 2019.

3. Résultats

3.1. Abord de la sexualité à l'école de sages-femmes

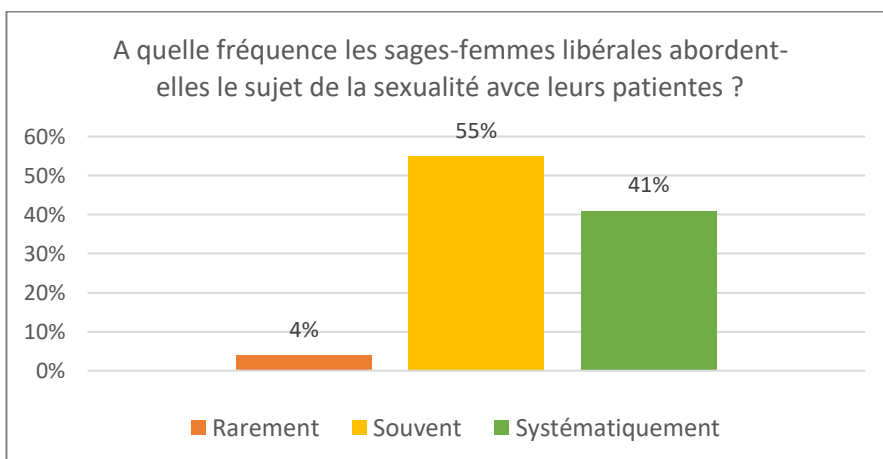


Parmi les sages-femmes n'ayant pas bénéficié de cours de sexologie durant leur cursus au sein de l'école de sages-femmes, 60% d'entre elles ont été diplômées avant 2001, année où un nouveau programme d'études de sage-femme a été mis en place. De plus, on remarque qu'un tiers des sages-femmes ayant bénéficié de cours de sexologie -33%- ont été diplômées après 2011 inclus, année de la dernière réforme de la formation de sages-femmes.

3.2. Abord de la sexualité avec les patientes

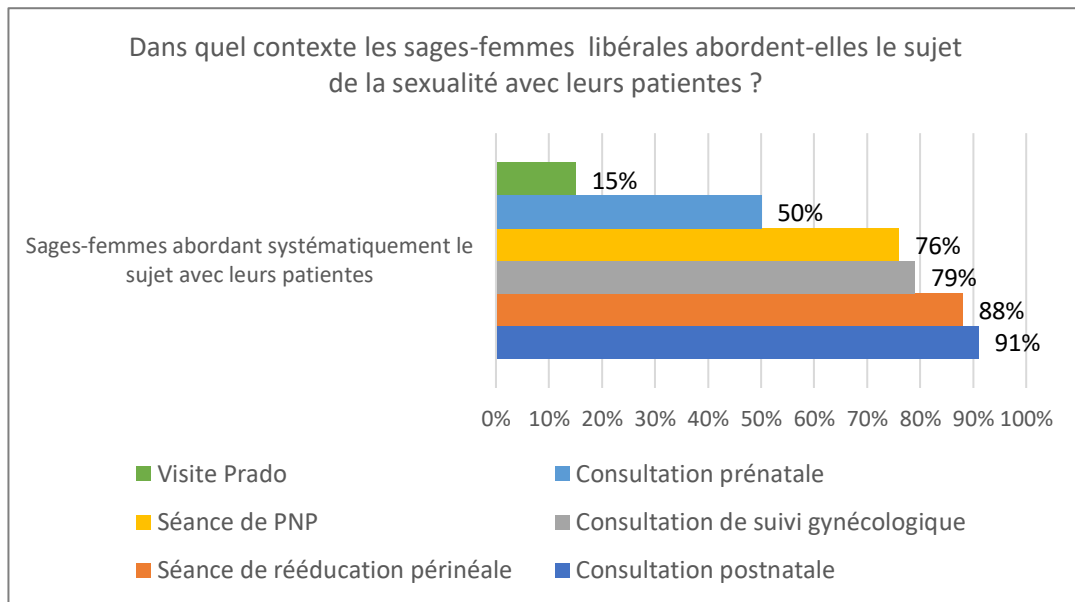


La quasi-totalité des sages-femmes libérales interrogées se sent suffisamment à l'aise avec le sujet de la sexualité pour l'aborder avec leurs patientes.

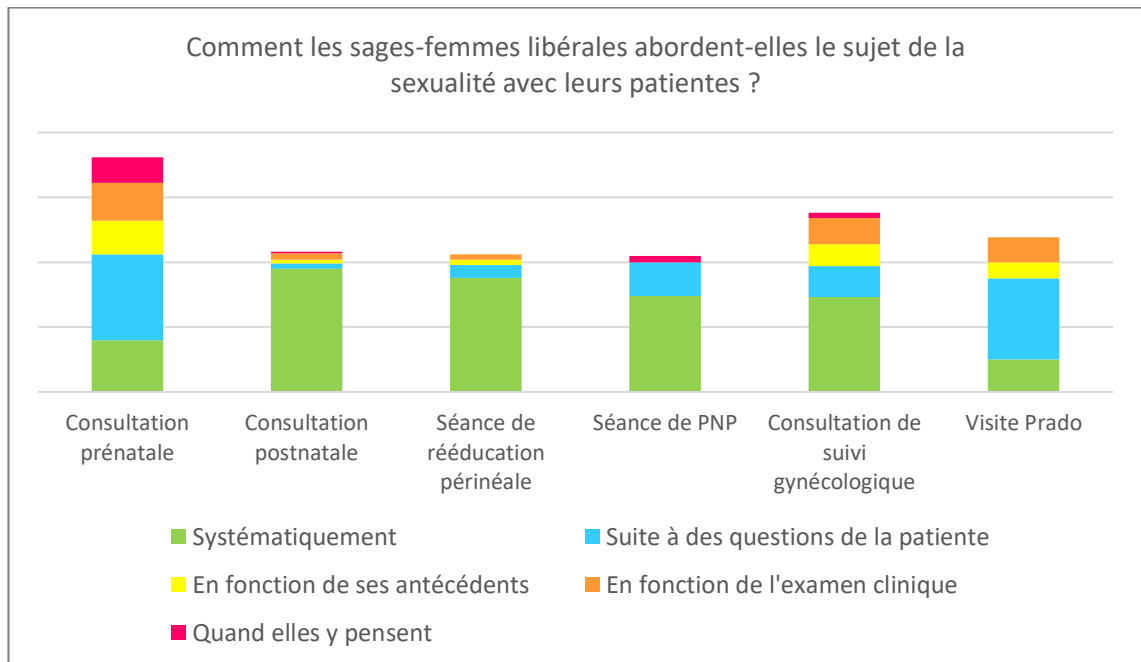


41% des sages-femmes libérales interrogées abordent de manière systématique le sujet de la sexualité avec leurs patientes. Ces résultats ont été croisés avec les variables suivantes : année du diplôme, nombre d'années d'exercice libéral, expérience hospitalière, apport de cours de sexologie à l'école. Les résultats obtenus ne sont pas significatifs, aucun lien n'a pu être démontré.

Parmi les sages-femmes qui disent aborder systématiquement la sexualité avec leurs patientes, on observe que cette affirmation diffère toutefois du contexte.

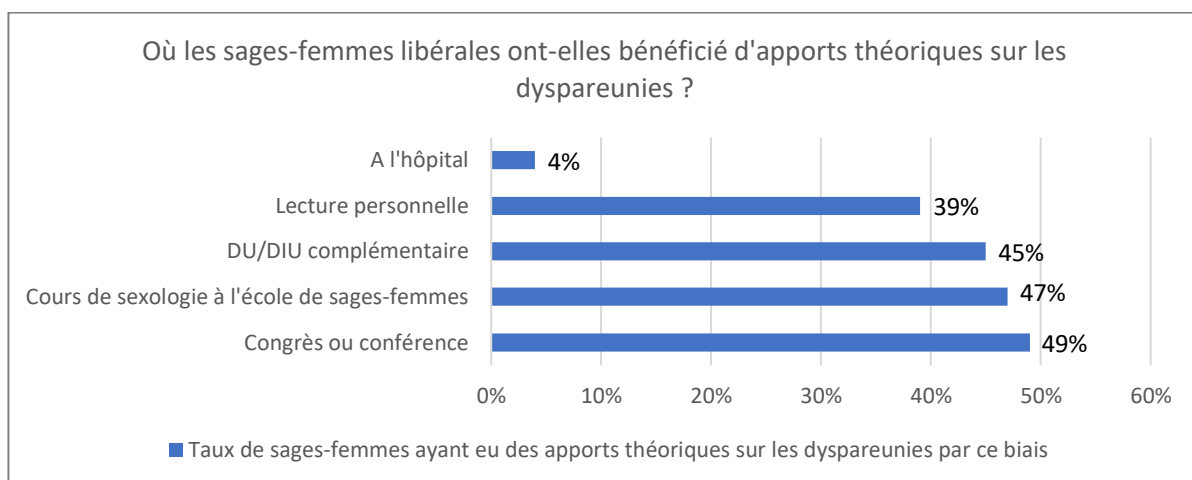


Les sages-femmes qui disent aborder la sexualité de manière systématique avec leurs patientes, le font davantage dans la période postnatale qu’au cours de la grossesse.



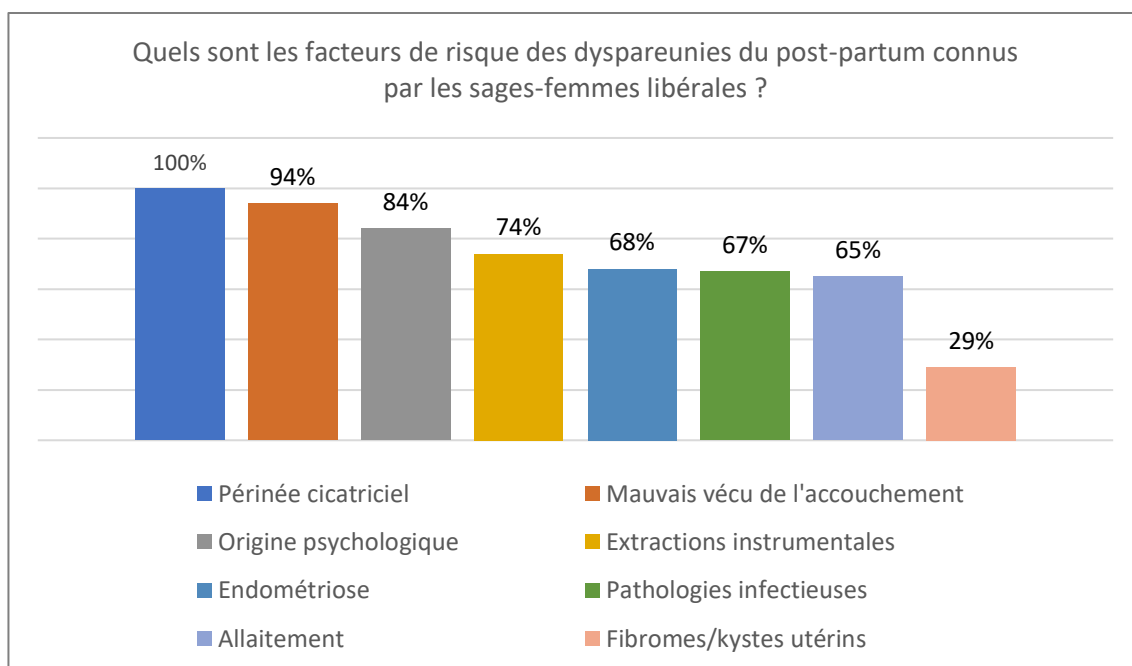
En consultation postnatale ou lors d’une séance de rééducation périnéale, la majorité des sages-femmes ayant répondu, abordent le déroulement de la sexualité de manière quasi-systématique. Lors d’une séance de préparation à la naissance, d’une consultation prénatale, d’une consultation de suivi gynécologique ou d’une visite Prado, beaucoup le font suite à des questions de la patiente. Les sages-femmes qui orientent leur discussion vers la sexualité en fonction des antécédents de la patiente ou de l’examen clinique, restent minoritaires.

3.3. Connaissances sur les dyspareunies



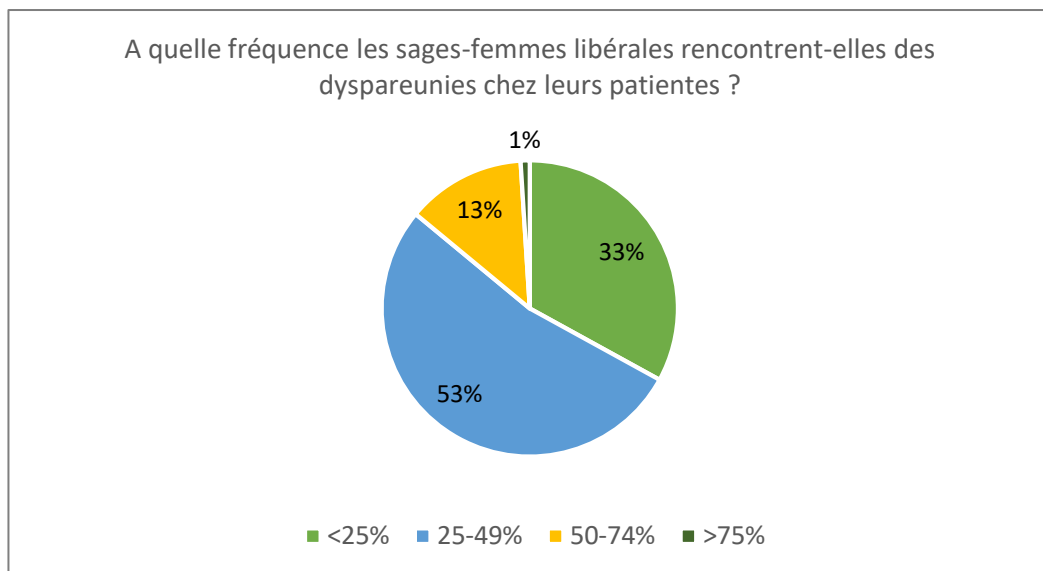
Parmi les sages-femmes libérales ayant répondu au questionnaire, 62% ont eu des apports théoriques sur les dyspareunies contre 25% qui n'en ont pas eu et 13% qui ne se souviennent plus.

Notons que parmi les 45% de sages-femmes qui ont eu des notions sur les dyspareunies au cours d'un DU/DIU, 87% d'entre elles possèdent un DU contraception et gynécologie.



Seulement 17% des sages-femmes interrogées ont coché tous les facteurs de risque des dyspareunies du post-partum proposés. Le moins connu est l'utérus fibromateux/kystique.

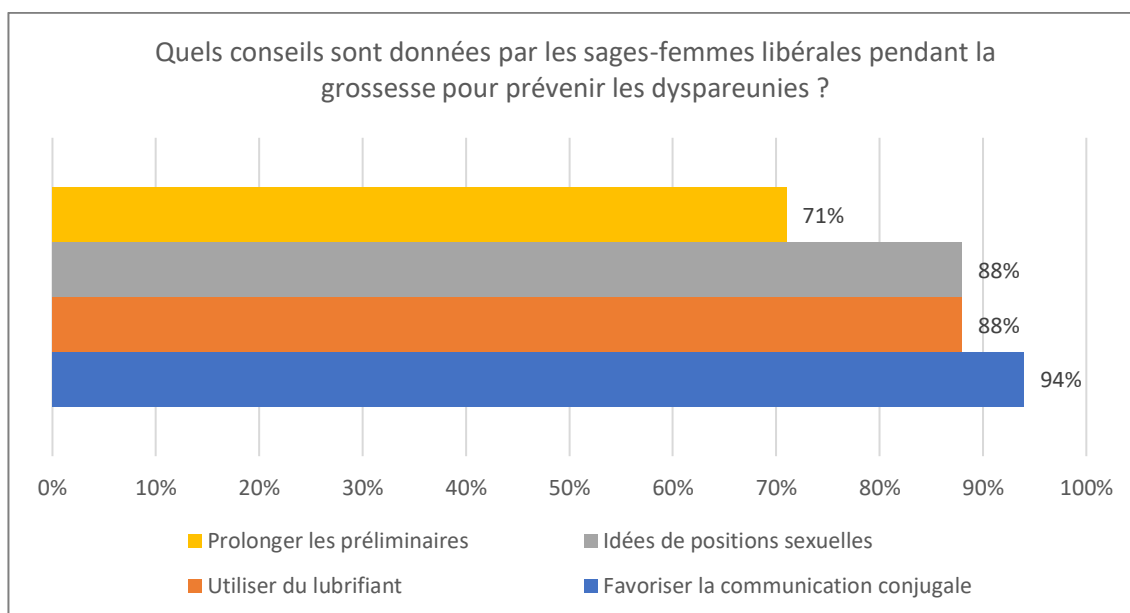
3.4. Epidémiologie sur la fréquence des dyspareunies rencontrées par les sages-femmes libérales



Les dyspareunies sont fréquemment rencontrées par les sages-femmes libérales. 95% d'entre elles se retrouvent confrontées à des patientes présentant ces douleurs durant le post-partum, contre 5% qui ne remarquent pas de différence notable entre la période prénatale et postnatale.

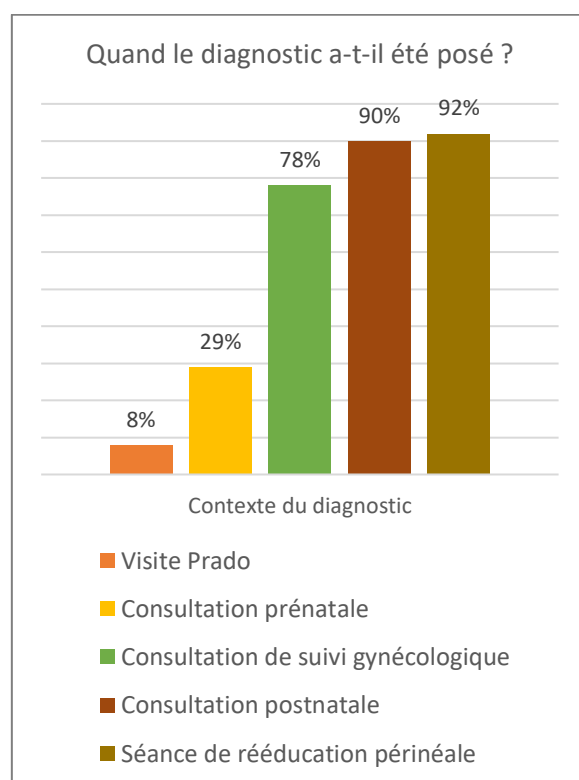
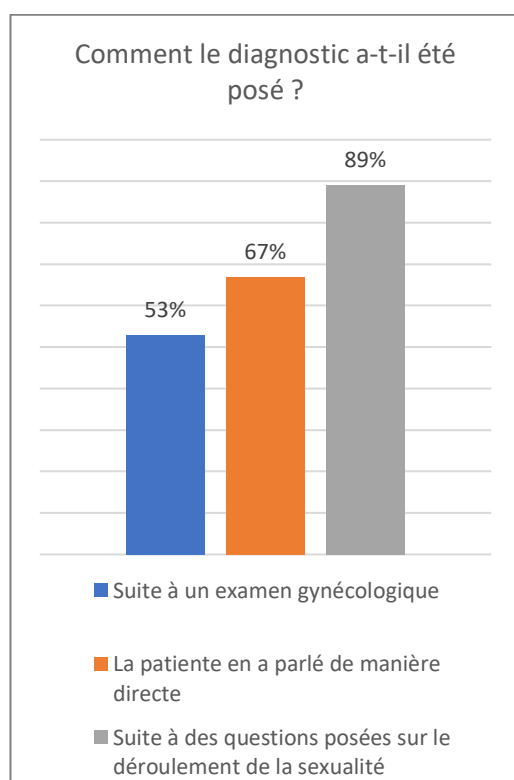
12% des sages-femmes libérales interrogées pensent que les dyspareunies ne peuvent pas apparaître pendant la grossesse. Parmi les 88% qui pensent le contraire, seulement un quart préviennent leurs patientes de ces potentielles douleurs.

3.5. Informations sur le rôle tenu par la sage-femme libérale face aux patientes présentant des dyspareunies

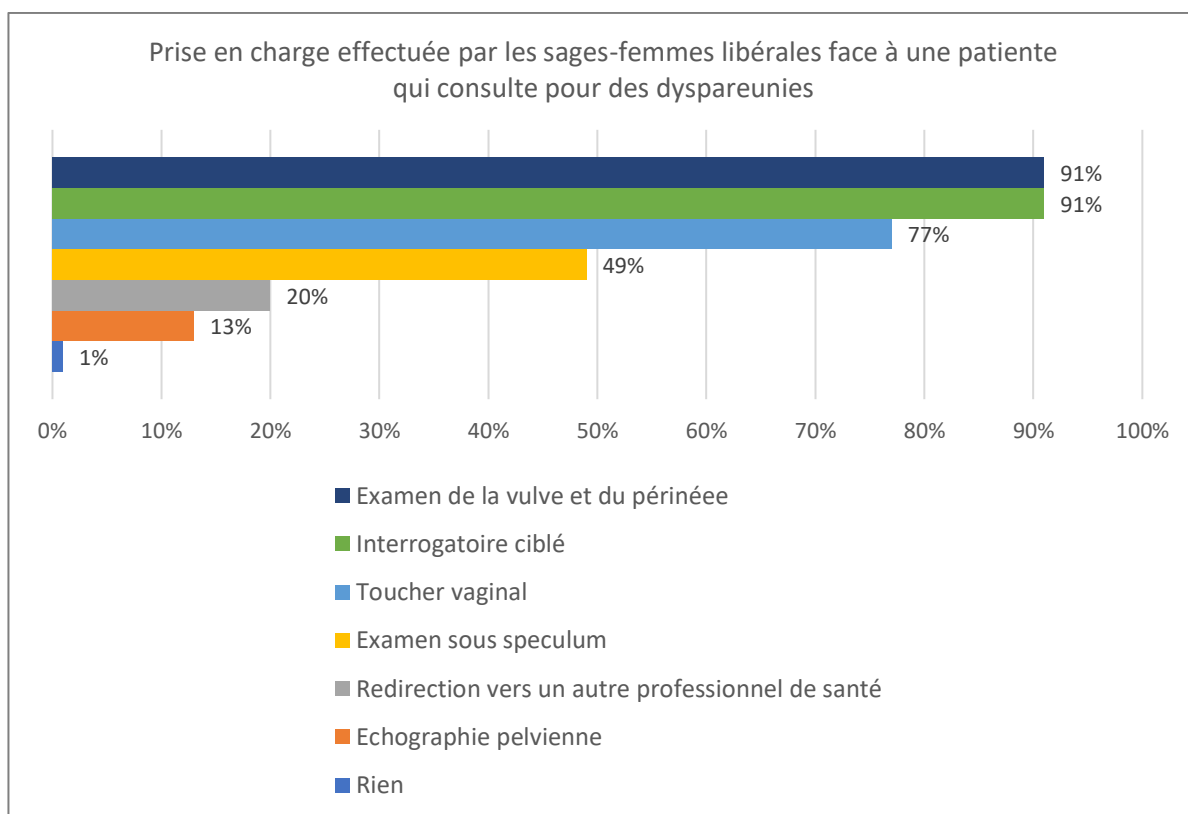


100% des sages-femmes libérales qui préviennent leurs patientes des dyspareunies pendant la grossesse, utilisent ces conseils pour la période postnatale.

96% des sages-femmes libérales interrogées ont déjà diagnostiqué des dyspareunies.



Plus de 90% des diagnostics de dyspareunies sont établis par les sages-femmes libérales dans le post-partum (consultation postnatale, séance de rééducation périnéale). 67% des patientes abordent leurs douleurs d'elles-mêmes tandis que 89% des sages-femmes libérales doivent poser des questions sur le déroulement de la sexualité pour dépister des dyspareunies.

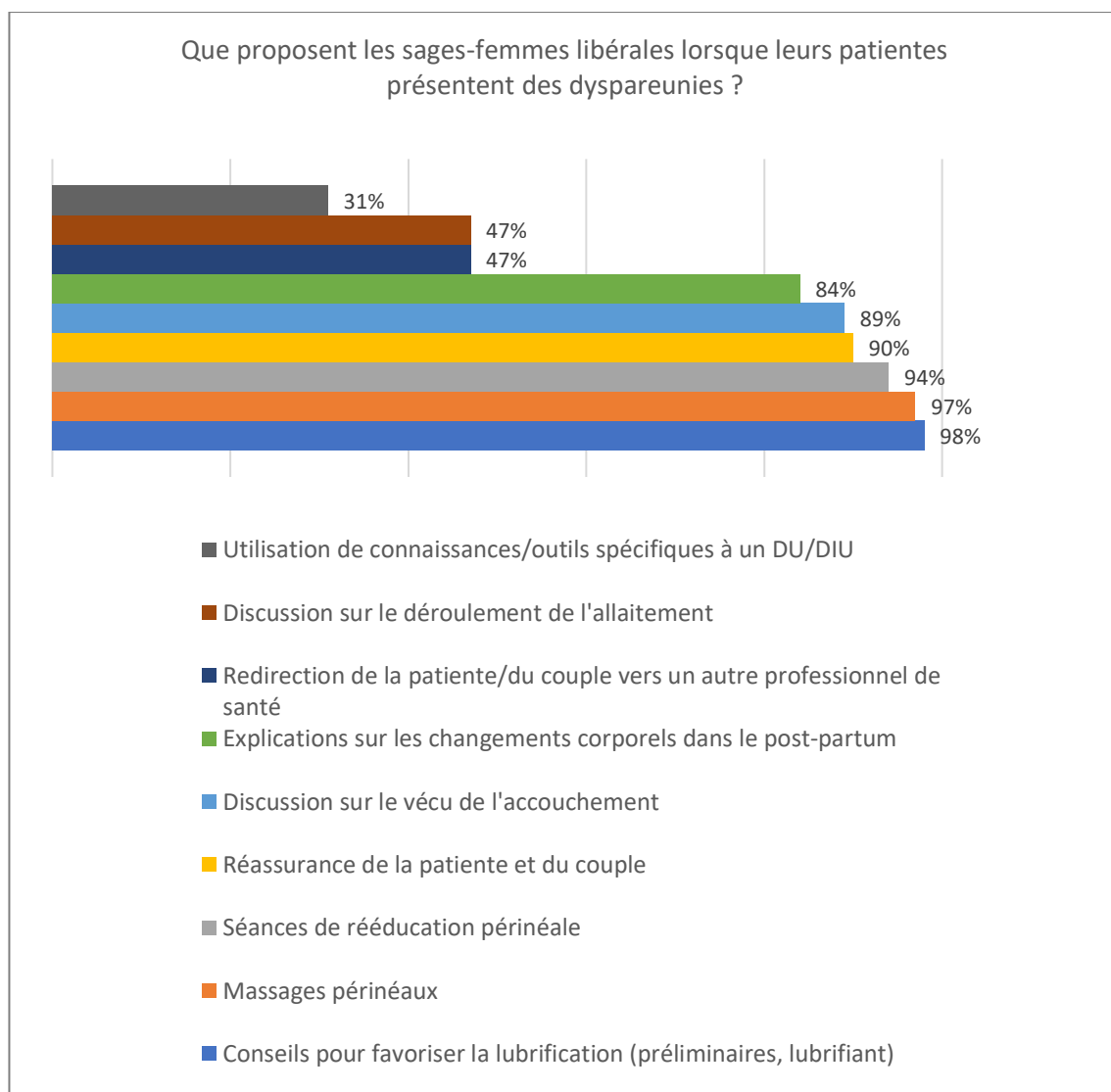


91% des sages-femmes libérales interrogées effectuent un interrogatoire ciblé puis un examen de la vulve et du périnée lorsqu'une patiente consulte pour des dyspareunies. 77% d'entre elles réalisent un toucher vaginal. Ces trois actions permettent rapidement de qualifier le type de dyspareunies, superficielles et/ou profondes. Environ une sage-femme sur deux préconise un examen sous speculum, nous savons que les pathologies infectieuses et les traumatismes cervicaux sont pourvoyeurs de dyspareunies.

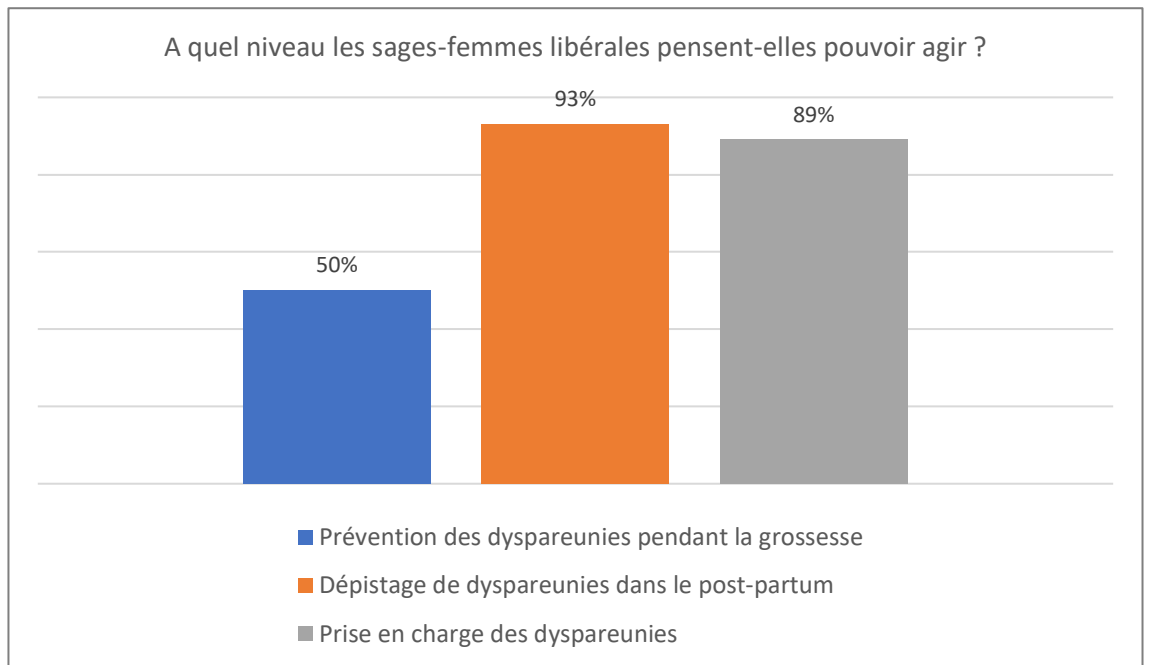
24% des sages-femmes libérales interrogées se sentent démunies dans la prise en charge des dyspareunies contre 23% de sages-femmes qui estiment avoir les outils nécessaires.

38% pensent que leurs compétences de sage-femme sont insuffisantes pour prendre en charge des dyspareunies.

90% des sages-femmes libérales interrogées ont déjà pris en charge de manière active des dyspareunies du post-partum. Voici comment elles ont procédé :



La quasi-totalité des sages-femmes libérales interrogées préconisent les massages périnéaux et donnent des conseils pour favoriser la lubrification. Ces deux solutions sont notamment valables lorsque ces dernières sont superficielles. Nous pouvons relever que seulement une sage-femme sur deux pose des questions sur le déroulement de l'allaitement.



Une sage-femme libérale sur deux pense pouvoir agir sur la prévention de ces douleurs pendant la grossesse, 93% sur leur dépistage durant la période postnatale et 89% sur leur prise en charge.

4. Discussion

De manière à répondre à chacune des hypothèses émises au début de l'étude, nous discuterons dans un premier temps de la place de la sage-femme libérale dans la prévention des dyspareunies du post-partum. Dans un deuxième temps, nous considérerons son rôle dans le dépistage de ces douleurs et enfin, sur leur prise en charge.

4.1. Les sages-femmes libérales ont-elles un rôle capital dans la prévention des dyspareunies du post-partum ?

Avant de pouvoir prévenir les dyspareunies auprès des patientes pendant la grossesse, les sages-femmes libérales doivent avoir des connaissances et des outils.

4.1.1. Outils et connaissances nécessaires aux sages-femmes pour prévenir les dyspareunies

Parmi les outils nécessaires à la prévention des dyspareunies, l'aisance à parler de la sexualité constitue à nos yeux le plus important.

Avant d'amener les douleurs au centre de la discussion, les sages-femmes doivent être en mesure d'aborder la sexualité de manière plus générale. Ce sujet reste tabou et pour cela nous avons voulu interroger les sages-femmes libérales sur les potentielles difficultés à l'évoquer avec leurs patientes. Les résultats sont probants puisque 96% des sages-femmes libérales interrogées se sentent à l'aise pour aborder ce thème avec leur patientèle.

Comme précisé dans l'article L4151-1 du code de la santé publique, la sage-femme peut réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. Depuis 2009, les sages-femmes libérales sont ainsi devenues des professionnels de santé consultés au long court avec un champ de compétences qui ne se limite pas au suivi de grossesse. Lorsqu'une patiente présente des dyspareunies pendant la grossesse, le fait qu'elle ait déjà consulté une sage-femme libérale pour son suivi gynécologique, facilite l'expression de ces douleurs auprès

de ce professionnel de santé. En effet, le lien de confiance qui s'est créé en amont entre la patiente et la sage-femme libérale, facilite l'abord du sujet de la sexualité, réputé tabou. La patiente se sent plus en sécurité et est alors plus disposée à interagir sur le sujet. Elle va être en mesure d'expliquer et parfois même détailler certains maux. Ceci est d'autant plus avéré lorsque la sage-femme libérale a pu effectuer le suivi gynécologique, le suivi de la grossesse, les visites Prado, la consultation postnatale et parfois même les séances de rééducation périnéale. De son côté, la sage-femme libérale n'émettant pas de gêne à discuter de la sexualité, elle peut prévenir les potentielles douleurs sexuelles en donnant quelques conseils pour éviter qu'elles ne surviennent.

Cette extension du champ de compétences des sages-femmes libérales favorise le dialogue entre leurs patientes et elles-mêmes. C'est une réelle opportunité pour prévenir les dyspareunies pendant la grossesse et dans le post-partum.

Pour toute pathologie qu'il soit, lorsqu'un professionnel de santé connaît ses facteurs de risque, il est plus apte à prévenir sa survenue. Le principe est le même pour les sages-femmes libérales et les dyspareunies. Nos résultats montrent que les facteurs de risque de dyspareunies (périnée cicatriciel, allaitement, endométriose, extraction instrumentale, mauvais vécu de l'accouchement, origine psychologique, pathologies infectieuses) sont bien connus des sages-femmes libérales interrogées avec en moyenne 79% d'entre elles qui ont coché ces réponses lors du questionnaire ; hormis pour les kystes et fibromes utérins, item retenu par seulement 29% des sages-femmes.

Les conseils à donner pour prévenir ces douleurs (prolonger les préliminaires, utiliser du lubrifiant, idées de positions sexuelles, favoriser la communication conjugale) sont aussi acquis, avec en moyenne 85% de bonnes réponses.

Les sages-femmes libérales interrogées ont confirmé avoir les outils et les connaissances nécessaires à la prévention des dyspareunies. Dans notre étude, nous nous sommes interrogés sur le contexte dans lequel elles avaient eu ce savoir.

A la question « Dans quel contexte avez-vous bénéficié d'apports théoriques sur les dyspareunies ? », environ une sage-femme sur deux a répondu « par le biais

de cours de sexologie à l'école de sages-femmes ». Nous avons donc développé les bénéfices des cours de sexologie tenus à l'école de sages-femmes.

4.1.2. Bénéfices des cours de sexologie au sein de l'école de sages-femmes

Durant notre cursus au sein de l'école de sages-femmes, nous bénéficions de cours de sexologie. Peu importe notre expérience professionnelle ou personnelle, on nous apprend à détabouiser le sujet de la sexualité, ce qui influence inconsciemment notre fréquence et notre façon d'aborder ce dernier avec les couples et les patientes. Les cours de sexologie profitent donc aux futures sages-femmes certaines connaissances pratiques pour entamer et poursuivre une conversation sur la sexualité avec les patientes.

Durant ces cours magistraux, les intervenants peuvent être amenés à souligner les potentielles difficultés rencontrées par les couples durant la grossesse et après l'accouchement, telles que les dyspareunies. Dans ce cas, les liens réalisés entre le sujet des dyspareunies et les acquis en obstétrique ou en gynécologie, sont utiles pour la pratique future.

Toutes ces connaissances théoriques peuvent s'estomper avec les années. Conformément aux articles R.4127-339 et R.4127-340 du code de la santé publique, toute sage-femme peut compléter sa formation initiale par des diplômes universitaires ou interuniversitaires. Certains DU comme ceux de gynécologie et contraception, de rééducation périnéale ou de sexologie amènent des outils concrets sur la sexualité et les dyspareunies. D'autres formations quant à elles vont apporter des éléments moins spécifiques à ce sujet mais qui peuvent être détournés et utilisés à cet effet. La liste de ces diplômes complémentaires, mise en ligne sur le site de l'Ordre des sages-femmes, est conséquente.

Dans notre étude, un peu plus d'une sage-femme libérale sur deux possède un ou plusieurs DU/DIU complémentaires. Ceci reflète la curiosité et l'envie des sages-femmes libérales d'enrichir leurs savoirs théorique et pratique. Ces diplômes constituent aussi des arguments en faveur des sages-femmes libérales, dans le

choix du professionnel de santé qui suivra la patiente aux différents moments de sa vie.

En ce qui concerne le sujet des dyspareunies, si les formations complémentaires n'ont pu apporter d'outils supplémentaires, les sages-femmes libérales peuvent aussi assister à des congrès ou des conférences ou orienter leur lecture personnelle sur le sujet, afin d'être moins démunie lorsqu'une patiente se présentera avec ces douleurs.

4.1.3. Prévention des dyspareunies par les sages-femmes libérales

Prévenir les dyspareunies signifie que les sages-femmes doivent informer et conseiller les patientes du risque de douleurs lors des rapports sexuels pendant la grossesse et après l'accouchement.

Dans notre questionnaire, nous avons demandé aux sages-femmes si elles pensaient que les dyspareunies pouvaient apparaître pendant la grossesse. 12% d'entre elles ont répondu « non ». Parmi les 88% qui ont répondu « oui », trois quarts d'entre elles ne préviennent pas leurs patientes de ces potentielles douleurs au cours de la grossesse. Ce défaut de prévention ne s'explique donc pas uniquement par un manque de connaissances des sages-femmes.

Nous avons réfléchi aux circonstances pouvant être défavorables à la prévention des dyspareunies par les sages-femmes libérales durant la grossesse.

D'après nos résultats, la majorité des sages-femmes libérales abordent le déroulement de la sexualité avec leurs patientes dans le post-partum. En effet 91% d'entre elles le font en consultation postnatale, 88% lors d'une séance de rééducation périnéale contre 50% en consultation prénatale. De plus, 95% des sages-femmes interrogées disent rencontrer les dyspareunies dans le post-partum, les 5% restants ne faisant pas de différence entre la période prénatale et postnatale.

Ces statistiques nous expliquent le peu d'intérêt qu'ont les sages-femmes à évoquer les dyspareunies au cours de la grossesse. Ceci ne peut être critiqué

puisqu'en réalité, les sages-femmes libérales constituent l'un des professionnels de santé le plus vu dans les suites d'un accouchement et donc sont plus susceptibles d'aborder ces douleurs dans ce contexte (27).

D'après notre analyse, nous pouvons affirmer le rôle clé des sages-femmes libérales dans la prévention des dyspareunies du post-partum. Cependant, il est regrettable que les sages-femmes libérales abordent si peu le déroulement de la sexualité avec leurs patientes pendant la grossesse. Elles pourraient dépister davantage de dyspareunies.

4.2. Les sages-femmes libérales dépistent-elles suffisamment les dyspareunies ?

96% des sages-femmes libérales interrogées ont déjà dépisté des dyspareunies. Ce pourcentage élevé de réponses affirme le caractère missionnaire qu'ont les sages-femmes libérales dans le dépistage de ces douleurs. De ce fait, ces premiers résultats infirment notre hypothèse selon laquelle les sages-femmes libérales ne dépistent pas suffisamment les dyspareunies.

Ces diagnostics sont majoritairement établis durant la période postnatale à l'exception de la visite Prado. En effet, 92% des sages-femmes dépistent ces douleurs lors d'une séance de rééducation périnéale, 90% au cours d'une consultation postnatale et 8% lors d'une visite Prado. Notons que seulement 29% d'entre elles font le diagnostic en consultation prénatale. Cet écart peut s'expliquer par l'examen de la vulve et du périnée qui est quasiment systématique lors de la rééducation du périnée ou de la consultation postnatale contrairement à la grossesse et à la visite Prado.

Pour 89% des réponses, le diagnostic de dyspareunie a été posé suite à des questions posées par la sage-femme sur le déroulement de la sexualité, 67% parce que la patiente en a parlé d'emblée et 53% suite à un examen gynécologique. Ce premier chiffre reflète bien l'implication et donc le mérite de la sage-femme libérale dans le dépistage des dyspareunies. Le taux de 67% mérite quant à lui d'être appuyé. D'après la littérature, les dyspareunies sont des douleurs trop

souvent tues, soit parce que les femmes pensent que c'est normal, soit parce qu'elles ont honte de faire passer leur vie de femme avant leur vie de mère ou soit parce le sujet est tout simplement tabou(9). Ces 67% signifient qu'environ 7 femmes sur 10 parlent d'elles-mêmes de leurs douleurs lors des rapports sexuels. Ce nombre redonne espoir : est-ce que les femmes d'aujourd'hui brisent progressivement ce silence sur les dyspareunies ?

Le nombre de sages-femmes libérales a considérablement augmenté ces dernières années avec une croissance de 11% par an minimum au cours des 5 dernières années(29). Avec une telle augmentation, un choix suffisant est proposé aux patientes qui vont chercher et pouvoir trouver une sage-femme libérale qui leur correspond, avec qui elles se sentiront en confiance et en sécurité. Ce nombre croissant de sages-femmes libérales garantit aussi aux patientes un temps suffisant lors des consultations. La relation de confiance établie et la durée suffisante accordée lors des entretiens sont deux facteurs essentiels pour qu'une femme soit disposée à parler de sa sexualité. Ce sentiment d'écoute permet à la femme de poser ses questions touchant au domaine de l'intime, de manière plus sereine. C'est dans cet environnement qu'elle est amenée à confier ses douleurs lors des rapports sexuels.

L'abord direct des dyspareunies par les patientes, ne pourrait se faire sans l'écoute, la confiance, le temps, la sécurité que procure la sage-femme libérale. Ces éléments promettent une prise en soins personnalisée et adaptée aux patientes et facilitent ainsi le dépistage et donc la prise en charge des dyspareunies par les sages-femmes libérales.

4.3. La prise en charge des dyspareunies est-elle connue par les sages-femmes libérales ?

Deux tiers des sages-femmes interrogées ont plus d'une patiente sur quatre qui présente des dyspareunies. Ceci représente bien le fléau que sont ces douleurs et à quel point les sages-femmes ont leur place dans la prise en charge de ces dernières.

Pour évaluer la prise en charge proposée par les sages-femmes libérales, nous les avons soumises dans un premier temps à un cas clinique. Nous leur avons demandé de cocher les actes à faire face à une patiente confiant des douleurs lors des rapports sexuels. 91% des sages-femmes ont répondu qu'elles effectueraient un interrogatoire ciblé ainsi qu'un examen de la vulve et du périnée. 77% d'entre elles réaliseraient un toucher vaginal, 49% un examen sous speculum, 13% une échographie pelvienne. Enfin une sage-femme sur cinq réorienterait la patiente vers un autre professionnel de santé. L'interrogatoire ciblé est la base avant tout examen clinique. Il suffit parfois à caractériser le type de dyspareunie : profonde ou superficielle, persistante ou conditionnelle, primaire ou secondaire. L'examen de la vulve et du périnée permet de rechercher à l'œil nu une cause de dyspareunie superficielle. Le toucher vaginal quant à lui, doit être minutieux. Il pourra révéler la présence d'une bride à l'origine de dyspareunies superficielles, ou la situation de points gâchettes dont la stimulation pourra provoquer des douleurs plus profondes. Enfin, l'examen sous speculum permet l'observation des parois vaginales et du col, à la recherche de signes inflammatoires ou infectieux pourvoyeurs de dyspareunies superficielles ou profondes. Nous détaillons l'intérêt de ces actes dans le but d'exposer le biais de cette question. En effet, l'examen clinique de la sage-femme libérale dépendra très fortement de son interrogatoire et de ses compétences. En effet une sage-femme n'ira pas faire d'échographie pelvienne si elle ne possède pas d'échographe ni de DU d'échographie. De plus, même si ces examens sont complémentaires entre eux, une sage-femme ne fera pas forcément d'examen sous spéculum si l'interrogatoire et l'examen vulvaire ont suffi pour comprendre l'origine des dyspareunies. De ce fait, ce cas clinique représente faiblement les connaissances des sages-femmes libérales sur la prise en charge des dyspareunies ; de même que leur raisonnement clinique n'est pas mis en valeur.

Dans notre étude, nous observons que la majorité des sages-femmes libérales connaît la prise en charge des dyspareunies. En effet, plus de 8 sages-femmes sur 10 donnent des conseils pour favoriser la lubrification (préliminaires, lubrifiant), proposent des massages périnéaux, prescrivent des séances de rééducation périnéale, réassurent la patiente et le couple, discutent sur le vécu de l'accouchement et expliquent les changements corporels dans le post-partum. La sage-femme libérale est en mesure de proposer des solutions pratiques et

techniques comme les massages du périnée, mais aussi un temps de discussion. Les dyspareunies peuvent être causées par un traumatisme psychologique et ce temps d'échange que proposent les sages-femmes libérales est essentiel dans la prise en charge de ces douleurs. La prise en charge active est parfois insuffisante, il faut y associer un accompagnement et une écoute. Les sages-femmes libérales sont en mesure de proposer l'ensemble.

La seule remarque négative que nous pouvons faire concerne le manque de connaissances des sages-femmes libérales sur les potentielles conséquences de l'allaitement. Dans notre étude, seulement une sage-femme sur deux aborde le déroulement de l'allaitement face à une patiente qui présente des dyspareunies. Rappelons que les études ont mis en évidence que les femmes allaitantes présentaient plus de dyspareunies dans le post-partum que les femmes ayant choisi l'allaitement artificiel(12, 23). Ces résultats montrent bien que l'allaitement est une des étiologies les moins connues de dyspareunies par les sages-femmes libérales.

En regard des éléments de la littérature traitant de la prise en charge des dyspareunies, nous pouvons conclure que les connaissances des sages-femmes libérales sur le sujet sont conséquentes.

Ces résultats infirment l'hypothèse émise selon laquelle la prise en charge des dyspareunies était méconnue des sages-femmes libérales.

5. Conclusion

Ces dernières années ont été marquées par de nombreuses polémiques sociétales touchant le domaine de la sexualité. Il est regrettable de constater que ce sujet si tabou soit abordé dans de telles circonstances. Dans certains contextes plus disposants de manière générale, tels que la grossesse, la sexualité est étonnamment très peu abordée.

La grossesse est un moment opportun pour tisser un lien de confiance entre la sage-femme libérale et le couple. Une fois cette connexion établie, ce professionnel de santé est d'autant plus disposé à évoquer des sujets tabous comme celui de la sexualité. En effet, la grossesse et l'accouchement sont deux périodes à risque dans le développement de dyspareunies, et c'est le rôle de la sage-femme libérale de veiller au bon déroulement de la sexualité dans le couple. Parce que ce sujet est sensible même dans le domaine médical, il est primordial que la sage-femme libérale prévienne la patiente et le couple de ces potentielles douleurs lors des rapports sexuels. En effectuant cette prévention, elle incite les femmes à ne plus taire leurs maux et à chercher des solutions ensemble pour lutter contre ces douleurs. Les sages-femmes libérales n'étant pas les seuls professionnels de santé à effectuer le suivi de grossesse, il est important que les médecins traitants et les gynécologues obstétriciens veillent aussi à cette action.

Notre étude avait pour but d'évaluer le rôle de la sage-femme libérale dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des dyspareunies du post-partum. Ce choix d'interroger exclusivement les sages-femmes libérales a été fait de manière très théorique. En effet, les dyspareunies sont des douleurs apparaissant majoritairement dans le post-partum et les sages-femmes libérales font partie des professionnels de santé très sollicités durant cette période et donc susceptibles de rencontrer ces douleurs. Nos résultats ont démontré que les sages-femmes libérales ont un rôle capital dans la prévention des dyspareunies et qu'elles ont les compétences et connaissances nécessaires au dépistage et à la prise en charge de ces douleurs.

L'actualité associée à ce sujet trop peu étudié, nous poussent à prôner une sexualité épanouie auprès des couples, qui constitue à nos yeux un élément clé au bon vécu de la grossesse et de la vie future.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Lucena HM, Mukhopadhyay S, Morris E. Dyspareunia : a difficult symptom in gynaecological practice. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 2015 ; 25 (4) : 96-101.
- [2] Kettle C, Ismail KM, O'Mahony F. Dyspareunia following childbirth. *The Obstetrician and Gynaecologist*. 2005 ; 7(4) : 245-9.
- [3] McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: A prospective cohort study. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015 ; 122(5) : 672-9.
- [4] McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months postpartum: a cohort study. *Midwifery*. 2016 ; 34 : 15-20.
- [5] Abbara A. Dyspareunie. [En ligne][http://www.aly-abbara.com/livre gyn obs/termes/dyspareunie.html](http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/dyspareunie.html). Consulté le 20 février 2018.
- [6] GARNIER DELAMARRE. Dictionnaire des termes en médecine. 26ème Edition. Paris ; Maloine ; 2000 : 245.
- [7] Duque-Ribeiro MJ. Les dyspareunies superficielles chez la femme : rôle du masseur-kinésithérapeute. *Kinésithérapie la Revue*. 2011 ; 109-110 : 85-86.
- [8] Guérineau M, Labat J-J, Robert R, Riant T, Rioult B, Ramée-Le Corveller F. et al. Aspect myofascial des algies pelvi-périnéales : traitement kinésithérapique. *Kiné Scientifique*. 2006 ; 463 : 25-37.
- [9] Grimaldi M. Le périnée féminin douloureux : Manuel de Prise en Charge Globale Pour les patientes et leurs thérapeutes « Le Fil d'Ariane ». Montpellier : Sauramps Medical ; 2014, 127 p.
- [10] Wainsten JP. *Le Larousse Médical*. Paris : Larousse ; 2009, 1113 p.
- [11] Haute Autorité de Santé. Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/2015_11_05_rapport_elaboration.pdf. Consulté le 25 février 2018.

- [12] Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000 ; 107(2) : 186-95.
- [13] Maillet R, Martin A, Riethmuller D. Fait-on trop ou peu d'épisiotomies ? CNGOF, Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. 28ème journée nationale : Paris, 2004. Tome XXVIII :21-34
- [14] Handelzalts JE, Levy S, Peled Y, Yadid L, Goldzweig G. Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2018.
- [15] InVS, Institut de Veille Sanitaire. Endométriose. [En ligne] <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Reproduction-humaine-et-environnement/Indicateurs-sanitaires-Incidence-et-analyses-epidemiologiques/Endometriose>. Consulté le 26 février 2018.
- [16] Ferrero S, Ragni N, Remorgida V. Deep dyspareunia: Causes, treatments, and results. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2008 ; 20 : 394-9.
- [17] Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M, Parisi M, Ragni N, Remorgida V. Uterine myomas, dyspareunia, and sexual function. *Fertility and Sterility*. 2006 ; 86(5) : 1504-10.
- [18] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Vulvodynie et brûlure vaginale. [En ligne]. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GM_115_quereux.pdf. Consulté le 25 février 2018.
- [19] Rouzier R. Pathologie vulvaire : du bénin au malin. *La Lettre du Gynécologue*. 2009 ; 346 : 29-30.
- [20] Guerineau M, Labat JJ, Riant J, Robert T. Douleurs pelvi-périnéales chroniques. Mieux comprendre pour mieux traiter. *Kiné Actualité*. 2011 ; 1237 : 20-22.
- [21] Marès P, Letouzey V, De Tayrac R. Douleurs pelvi-périnéales du post-partum. *Profession Sage-Femme*. 2013 ; 200 : 20-26.
- [22] Guerineau M. Les douleurs pelvi-périnéales : où en est-on ? *Kinésithérapie Scientifique*. 2017 ; 583 : 9-14.
- [23] Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after

- spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002 ; 359 : 2217–23.
- [24] Fabre-Clergue C, Duverger-Charpentier H. Sexualité du postpartum. *Revue Sage-Femme*. 2008 ; 7(6) : 301-4.
- [25] Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1997 ; 104 : 330–5.
- [26] Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2013 ; 4 : CD005123.
- [27] Didier H. La sexualité du post-partum, quel rôle pour les sages-femmes ? *Vocation Sage-Femme*. 2012 ; 95 : 41-43.
- [28] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique, Prévention et protection périnéale en obstétrique. 2018.
- [29] Ordre des sages-femmes. La démographie de la profession. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>. Consulté le 1^{er} mars 2019.

BIBLIOGRAPHIE

Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000 ; 107 : 186-95

Battut A, Nizard J. Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. *Progrès en Urologie*. 2016 ; 26 : 237-244.

Conrard S. Dyspareunies et vaginisme. *Kiné Actualité*. 2016 ; 1443 :20-24.

Fabre-Clergue C. Dyspareunies inexplicées. *Profession Sage-Femme*. 2015 ; 219 : 37-38.

Golka M, Fabre-Clergue C, Bretelle F. Haute fréquence et douleur périnéale du post-partum. *Profession Sage-Femme*. 2017 ; 239 : 28-33.

Grimaldi M. Le périnée douloureux sous toutes ses formes. Apport de la médecine manuelle et ostéopathie. Étude clinique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 ; 37(5) : 449-56.

Morin C, Leymarie MC. La douleur périnéale en post-partum : Revue de la littérature. *Revue Sage-Femme*. 2013 ; 12 (6) : 263-268.

Morin M, Bergeron S. La rééducation périnéale dans le traitement de la dyspareunie chez la femme. *Sexologies*. 2009 ; 18 (2) : 134-40.

Lee MW N, Jakes D A, Lloyd J, Frodsham CG L. Dyspareunia. *British Medical Journal*. 2018.

ANNEXES

ANNEXE 1

Classification des étiologies des dyspareunies en fonction de leur localisation(1)

SUPERFICIELLE	PROFONDE
Infection Vulvovaginite (Candida, Herpes and Trichomonas)	Infection Maladie inflammatoire du pelvis (Pyosalpinx and salpingo-ovariectomie) Cervicite chronique Traumatismes cervicaux répétés
Maladie vulvaire Vulvodynie Généralisée Kyste de la glande de Bartholin Dystrophies Vulvaires/Dermatoses Lichen scléreux, Carcinome vulvaire	Maladie pelvienne Endométriose Kystes fibroïdes ovariens/Tumeurs Congestion pelvienne
Psychosexuel Vaginisme	
Post-opératoire Séquelles obstétricales (rétrécissement de l'orifice vaginal, cicatrice d'épisiotomie, déchirures du plancher pelvien) Périnéorraphie	Post-opératoire Associée à l'accouchement Déchirures du plancher pelvien Mèche vaginale Hystérectomie totale
Congénitale Atrésie vulvaire Septum vaginal	Congénitale Septum vaginal incomplète
Troubles urologiques Urétrite Cystite interstitielle/Syndrome douloureux de vessie	Troubles urologiques Cystite interstitielle/Syndrome douloureux de vessie
Troubles digestifs Syndrome du côlon irritable Proctite	Troubles digestifs Syndrome du côlon irritable Constipation chronique Maladie diverticulaire
Troubles neurologiques / Anomalies musculaires Lésions du nerf pudendal Hyper-hypotonicité du plancher pelvien	

ANNEXE 2

Classifications des déchirures périnéales(13)

On distingue :

- Les déchirures fermées : les structures musculo-aponévrotiques peuvent être lésées sans effraction cutanéomuqueuse. L'hématome peut donner une sclérose cicatricielle. Le diagnostic en est difficile
- Les déchirures ouvertes : elles sont les plus fréquentes. Leur classification est détaillée ci-dessous.

<u>Classification française</u>		<u>Classification RCOG-OMS</u>	<u>Lésions anatomiques</u>
Périnée intact			Sans
Périnée superficiel		1 ^{er} degré	Epithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2 ^{ème} degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
LOSA	Périnée complet	3 ^{ème} degré-a	Moins de 50% du sphincter anal externe
		3 ^{ème} degré-b	Plus de 50% du sphincter anal externe
		3 ^{ème} degré-c	Sphincter anal interne (muscleuse rectale)
	Périnée complet compliqué	4 ^{ème} degré	Muqueuse rectale

ANNEXE 3

Terminologie et classification des douleurs vulvaires (ISSVD – 2003)(18)

A. Douleurs vulvaires relevant d'une étiologie spécifique

1. infectieuses (candidose, herpès...)
2. inflammatoires (lichen plan...)
3. néoplasiques (maladie de Paget, carcinome épidermoïde...)
4. neurologiques (neuropathie périphérique herpétique, névralgie du nerf pudendal...)

B. Vulvodynies

1. généralisées

Provoquées (sexe, autre ou les deux)

Non provoquées

Mixtes

2. localisées (vestibulodynie, clitorodynie, hémivulvodynie...)

Provoquées (sexe, autre ou les deux)

Non provoquées

Mixtes

ANNEXE 4

Questionnaire mis en ligne et adressé aux sages-femmes libérales de Normandie

FORMATION & EXPERIENCE

1. Quelle est l'année de votre diplôme ?

Réponse obligatoire.

Liste déroulante entre 1975 et 2018.

2. Avez-vous bénéficié de cours de sexologie pendant votre cursus au sein de l'école de sages-femmes ?

Réponse obligatoire.

Oui Non Je ne me souviens plus

3. Avez-vous d'autres diplômes universitaires ?

Réponse obligatoire.

Oui Non

4. Si oui, le(s)quel(s) ?

Si la réponse à la question précédente est « oui ».

- Acupuncture obstétricale Addictologie
- Contraception et gynécologie Echographie obstétricale
- Ethique et déontologie Homéopathie Hypnose médicale
- Lactation et allaitement Lutte contre les violences faites aux femmes
- Mécanique et technique obstétricale Médecine fœtale
- Nutrition Périnatalité Phytothérapie
- Prise en charge des nouveau-nés Psycho-périnatalité
- Rééducation périnéale Sexologie Sophrologie
- Suivi des grossesses à risque
- Tabacologie et aide au sevrage tabagique

5. Avez-vous déjà exercé dans une structure hospitalière (publique ou privée) ?

Réponse obligatoire.

Oui J'exerce actuellement en libéral et en hospitalier Non

6. Si oui, dans quel(s) service(s) ?

Si la réponse à la question précédente est différente de « non ».

- Salles de naissance Suites de couche
- Unité de grossesses pathologiques Consultations prénatales
- Préparation à la naissance Consultations postnatales
- Diagnostic prénatal Aide médicale à la procréation

EXERCICE LIBERAL

7. Depuis combien d'années exercez-vous en libéral ?

Réponse obligatoire.

1 2 3 4 5 entre 6 et 10 ans depuis plus de 10 ans

8. Quelles activités pratiquez-vous ?

Réponse obligatoire.

- Consultations prénatales Consultations postnatales
- Préparation à la naissance Rééducation périnéale
- Suivi gynécologique Prado Activité spécifique à votre DU/DIU
- Suivi conjoint de grossesses pathologiques

SEXUALITE

9. Etes-vous à l'aise avec le sujet de la sexualité pour l'aborder avec vos patientes ?

Réponse obligatoire.

Oui Non

10. A quelle fréquence parlez-vous de la sexualité avec vos patientes ?

Réponse obligatoire.

Jamais Rarement Souvent Systématiquement

11. Dans quel contexte avez-vous cette discussion ?

Si la réponse à la question précédente est différente de « jamais ».

- En consultation prénatale En consultation postnatale
- Lors d'une séance de rééducation périnéale
- Lors de la préparation à la naissance
- Lors d'une consultation de suivi gynécologique
- Lors d'une visite Prado

12. Quand abordez-vous la sexualité en consultation prénatale ?

Si la réponse à la question 11 est « en consultation prénatale ».

- Suite à des questions de la patiente En fonction de ses antécédents
- En fonction de l'examen clinique (sécheresse vaginale, bride, autre)
- J'aborde ce sujet systématiquement Quand j'y pense

13. Quand abordez-vous la sexualité en consultation postnatale ?

Si la réponse à la question 11 est « en consultation postnatale ».

- Suite à des questions de la patiente En fonction de ses antécédents
- En fonction de l'examen clinique (sécheresse vaginale, bride, autre)
- J'aborde ce sujet systématiquement Quand j'y pense

14. Quand abordez-vous la sexualité au cours d'une séance de rééducation périnéale ?

Si la réponse à la question 11 est « lors d'une séance de rééducation périnéale ».

- Suite à des questions de la patiente En fonction de ses antécédents
- En fonction de l'examen clinique (sécheresse vaginale, bride, autre)
- J'aborde ce sujet systématiquement Quand j'y pense

15. Quand abordez-vous la sexualité au cours d'une séance de préparation à la naissance ?

Si la réponse à la question 11 est « lors de la préparation à la naissance ».

- Suite à des questions de la patiente
- En fonction de ses antécédents
- En fonction de l'examen clinique (sécheresse vaginale, bride, autre)
- J'aborde ce sujet systématiquement
- Quand j'y pense

16. Quand abordez-vous la sexualité en consultation de suivi gynécologique ?

Si la réponse à la question 11 est « lors d'une consultation de suivi gynécologique ».

- Suite à des questions de la patiente
- En fonction de ses antécédents
- En fonction de l'examen clinique (sécheresse vaginale, bride, autre)
- J'aborde ce sujet systématiquement
- Quand j'y pense

17. Quand abordez-vous la sexualité lors d'une visite Prado ?

Si la réponse à la question 11 est « lors d'une visite Prado ».

- Suite à des questions de la patiente
- En fonction de ses antécédents
- En fonction de l'examen clinique (sécheresse vaginale, bride, autre)
- J'aborde ce sujet systématiquement
- Quand j'y pense

DYSPAREUNIES

18. Avez-vous bénéficié d'apports théoriques sur les dyspareunies ?

Réponse obligatoire.

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

19. Si oui, dans quel contexte ?

Si la réponse à la question précédente est « oui ».

- Cours de sexologie à l'école de sages-femmes
- Lors d'un DU/DIU supplémentaire
- A l'hôpital
- Lors d'un congrès ou d'une conférence
- Lecture personnelle

20. Quelles étiologies de dyspareunies connaissez-vous dans le post-partum ?

Réponse obligatoire.

- Périnée cicatriciel (épisiotomie, déchirure)
- Sécheresse vaginale

- Allaitement Extraction instrumentale
- Mauvais vécu de l'accouchement Pathologies infectieuses
- Endométriose Fibromes/kystes utérins Cause psychologique

21. Quand les rencontrez-vous le plus ?

Réponse obligatoire.

- En prénatal En postnatal Pas de différence notable

22. Pensez-vous que des dyspareunies peuvent apparaître dès la grossesse ?

Réponse obligatoire.

- Oui Non

23. Si oui, prévenez-vous vos patientes de ces potentielles douleurs pendant la grossesse ?

Si la réponse à la question précédente est « oui ».

- Oui Non

24. Si oui, quels conseils leur donnez-vous pour prévenir les dyspareunies ?

Si la réponse à la question précédente est « oui ».

- Utiliser du lubrifiant Prolonger les préliminaires
- Idées de positions sexuelles
- Importance de la communication conjugale Aucun conseil

25. Utilisez-vous ces conseils pour la période postnatale ?

Si la réponse à la question précédente est différente de « aucun conseil ».

- Oui Non

26. Avez-vous déjà diagnostiqué des dyspareunies ?

Réponse obligatoire.

- Oui Non

27. **Si oui, comment ?**

Si la réponse à la question précédente est « oui ».

- La patiente m'en a averti(e) de manière directe
- Grâce à des questions posées sur le déroulement de la sexualité
- Lors d'un examen gynécologique

28. **Si oui, à quelle(s) occasion(s) avez-vous dépisté ces douleurs ?**

Si la réponse à la question 26 est « oui ».

- Lors d'une consultation prénatale
- Lors d'une consultation postnatale
- Lors d'une séance de rééducation périnéale
- Lors d'une visite Prado
- Lors d'une consultation de suivi gynécologique

29. **Une patiente vous fait part de douleurs lors des rapports sexuels au décours d'une consultation. Que faites-vous ?**

Réponse obligatoire.

- J'effectue un interrogatoire ciblé
- Je réalise un examen de la vulve et du périnée
- Je réalise un toucher vaginal Je pratique un examen sous spéculum
- Je fais une échographie pelvienne Je ne fais rien
- Je redirige la patiente vers un autre professionnel de santé

30. **Vous sentez-vous démuni(e) quant à la prise en charge de ces douleurs ?**

Réponse obligatoire.

- Oui Non Pas vraiment

31. **Pensez-vous que vos compétences de sage-femme sont insuffisantes quant à la prise en charge des dyspareunies ?**

Réponse obligatoire.

- Oui Non Je ne sais pas

32. **Avez-vous déjà pris en charge activement une patiente présentant des dyspareunies du post-partum ?**

Réponse obligatoire.

Oui Non

33. **Si oui, quels outils avez-vous utilisé ?**

Si la réponse à la question précédente est « oui ».

- Massages périnéaux
- Explications sur les changements corporels dans le post-partum
- Réassurance de la patiente et du couple Rééducation périnéale
- Conseils pour favoriser la lubrification (préliminaires, lubrifiant)
- Redirection vers un autre professionnel de santé
- Connaissances/outils spécifiques à mon DU/DIU complémentaire
- Discussion sur le vécu de l'accouchement
- Discussion sur le déroulement de l'allaitement maternel

34. **Sur quels aspects des dyspareunies du post-partum pensez-vous pouvoir agir ?**

Réponse obligatoire.

- Sur la prévention de ces douleurs (durant la grossesse notamment)
- Sur le dépistage de ces douleurs dans le post-partum
- Sur la prise en charge de ces douleurs