

La reprise de la sexualité dans le post-partum chez les femmes ayant eu des lésions périnéales

Léonie Goulet

▶ **To cite this version:**

Léonie Goulet. La reprise de la sexualité dans le post-partum chez les femmes ayant eu des lésions périnéales. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02269133

HAL Id: dumas-02269133

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269133

Submitted on 22 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

LA REPRISE DE LA SEXUALITE DANS LE POST-PARTUM CHEZ LES FEMMES AYANT EU DES LESIONS PERINEALES

TOME I

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Léonie GOULET

Née le 26 Juillet 1995

SOUS LA DIRECTION DE :

Dr Alain DIGUET

LA REPRISE DE LA SEXUALITE DANS LE POST-PARTUM CHEZ LES FEMMES AYANT EU DES LESIONS PERINEALES

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire Dr DIGUET Alain, d'avoir accepté de diriger ce mémoire et avoir consacré du temps pour me guider.

Je tiens à remercier Madame MAHIEU Céline, ma guidante pour son soutien et son aide au cours de mes recherches. Merci pour sa gentillesse, sa disponibilité et ses nombreuses relectures.

Je souhaite adresser également mes remerciements et ma gratitude à toutes personnes qui m'ont apporté leur aide dans l'élaboration de ce mémoire.

A toutes les femmes qui ont témoigné, qui m'ont accordé leur temps et leur confiance, et sans qui ce mémoire n'aurait pas pu avoir lieu.

A l'ensemble du département des études de sage-femme de Rouen qui nous a accompagné au cours de ces années. Mais aussi à mes amies de promotion pour ces moments passés à vos cotés.

A ma famille, en particulier mes parents, pour leur soutien et leur amour.

A tous mes proches et amis qui ont su me soutenir et m'encourager tout au long de ces années, en particulier Manon pour son amitié et son soutien infaillible.

SOMMAIRE

Glossaire

Introduction **1**

REVUE DE LA LITTERATURE **2**

1 Périnée **2**

1. 1 Anatomie **2**

1. 2 Fonctions **4**

1. 3 Représentation des femmes de leur anatomie génitale **4**

1. 4 Modifications pendant la grossesse **5**

1. 5 Modifications lors de l'accouchement **6**

1. 6 Lésions périnéales **6**

1. 6. 1 Définition anatomique 6

1. 6. 2 Facteurs de risque des lésions périnéales 8

1. 6. 3 Epidémiologie 8

1. 6. 4 Sutures 10

2 La sexualité **11**

2. 1 Santé sexuelle **11**

2. 2 Physiologie du rapport sexuel **12**

2. 2. 1 Le désir sexuel chez la femme 13

2. 2. 2 La sexualité féminine 13

2. 2. 3 Le plaisir sexuel 14

2. 2. 4 La masturbation 15

2. 2. 5 Le sentiment amoureux 16

2. 2. 6 La communication 16

2. 2. 7 L'érotisme 16

2. 3 Influences extérieures sur la sexualité **16**

3 Modification de la sexualité dans la période périnatale **17**

3. 1 Sexualité pendant la grossesse **17**

3. 1. 1 Modifications psychologiques 17

3. 1. 2 Modifications physiologiques 17

3. 2 Sexualité après l'accouchement **18**

3. 2. 1 Le désir sexuel 18

3. 2. 2 Facteurs influençant la sexualité 18
3. 2. 3 La sexualité féminine post natale en fonction de l'accouchement 19
3. 2. 4 Autres facteurs à prendre en compte 20
3. 2. 5 Epidémiologie 21

4 Prévention et prise en charge des troubles de la vie intime après l'accouchement 23

4. 1 Prévention des lésions périnéales 23
4. 1. 1 En anténatal 23
4. 1. 2 Durant l'enfantement 23
4. 2 Prise en charge des lésions périnéales en suites de couches 25
4. 2. 1 Soins 25
4. 2. 2 Soulager les patientes 25
4. 3 Prise en charge suite au retour à domicile 26
4. 3. 1 Douleurs périnéales 26
4. 3. 2 Dyspareunies 27

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE 29

1 Cadre de la recherche 29
1. 1 Problématique 29
1. 2 Hypothèses 29
1. 3 Objectif de l'étude 29
2 La technique et le guide d'entretien 29

PRESENTATION DE L'ANALYSE THEMATIQUE 31

1 Recueil des informations permettant de décrire la population étudiée 31

2 Le vécu de leur grossesse, accouchement et post-partum 32

3 Relation de couple 36

4 Sexualité 36

5 Rôle des professionnels de santé 41

DISCUSSION 43

1 Validation de l'hypothèse et réponse à la problématique 43
1. 1 Dans quelle mesure les lésions périnéales influencent-t-elles la reprise de la sexualité de la femme dans les mois suivant l'accouchement ? 43

1. 2 Dans quelle mesure l'aide apportée par les professionnels influence-t-elle la reprise de la sexualité de la femme dans les mois suivant l'accouchement ? 47

2 Perspectives et ouvertures de notre recherche 49

3 Critique de la méthodologie 49

3. 1 Les points forts 49

3.2 Les points faibles 50

CONCLUSION 52

Bibliographie

Figures

ANNEXES (TOME II)

Glossaire :

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

HAS : Haute Autorité de Santé

ICM : International Confederation of Midwives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PISQ : Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire

Introduction

La sexualité est un phénomène naturel, tant biologique que social. C'est un élément fondamental du développement intégral d'un individu. Ses bienfaits se font sentir sur tous les plans : physique, psychologique et émotionnel. Il s'agit d'un sujet complexe qui a un statut à la fois sacré, tabou, intime et personnel. De nombreuses femmes ne se retrouvent pas dans les normes physiques et sexuelles présentées par les médias. Elles n'ont pas l'impression d'atteindre cet « idéal », ce qui les enferme dans leurs difficultés, par peur d'être anormale. Ces éléments rendent la sexualité périnatale difficile à aborder.

Au cours de la vie, la sexualité évolue et se trouve bouleversée par certains évènements. Ainsi, la grossesse et l'arrivée d'un enfant sont des moments de transition dans la vie de la femme, comme du couple, et en menace l'équilibre. Les raisons sont à la fois physiques et psychologiques. En effet, la femme « accouche par son sexe », lieu de plaisir, qui subit alors diverses modifications anatomiques, mécaniques et sensorielles.

Les fréquentes lésions périnéales occasionnées au cours de la parturition, qu'elles soient spontanées ou induites, ne sont pas à banaliser. En fonction des situations, les lésions occasionnées peuvent être bénignes ou au contraire avoir des conséquences majeures sur la vie intime de la femme.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le post-partum, ou suites de couches, débute après la délivrance et se poursuit pendant six semaines. Au cours de cette période, les soins et les informations apportés devraient être adaptés aux nouveaux besoins de la mère et du nouveau-né. (Annexe I) Cela porte sur : la prévention, la détection précoce et le traitement des complications, l'espacement des naissances et les soins apportés au nouveau-né. (1) Les sages-femmes sont confrontées à cette problématique tout au long de leur carrière.

L'OMS met en exergue les modifications des rapports dans le couple durant la grossesse. Il précise que de nombreuses femmes favorisent d'autres types échanges non sexuels. Dans le post-partum, les partenaires recherchent souvent des comportements antérieurs à la grossesse. (1)

Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé quatorze entretiens semi-directifs avec des femmes ayant subi des lésions périnéales au cours de leur accouchement. Cette étude vise à identifier les difficultés que ces femmes ont pu

rencontrer dans les mois suivant l'accouchement, que ce soit dans leur vécu et dans l'aide que pouvaient proposer les professionnels de santé les entourant. Le but est d'accompagner au mieux les mères.

REVUE DE LA LITTERATURE

1 Périnée

1. 1 Anatomie

Le périnée, localisé sous le plancher pelvien, est délimité latéralement par les os et ligaments du détroit inférieur du bassin. Il est recouvert par le fascia et la peau.

Il est divisé en deux triangles séparés par le muscle transverse et la base du diaphragme urogénital : le triangle urogénital en avant et le triangle anal à l'arrière. (2)

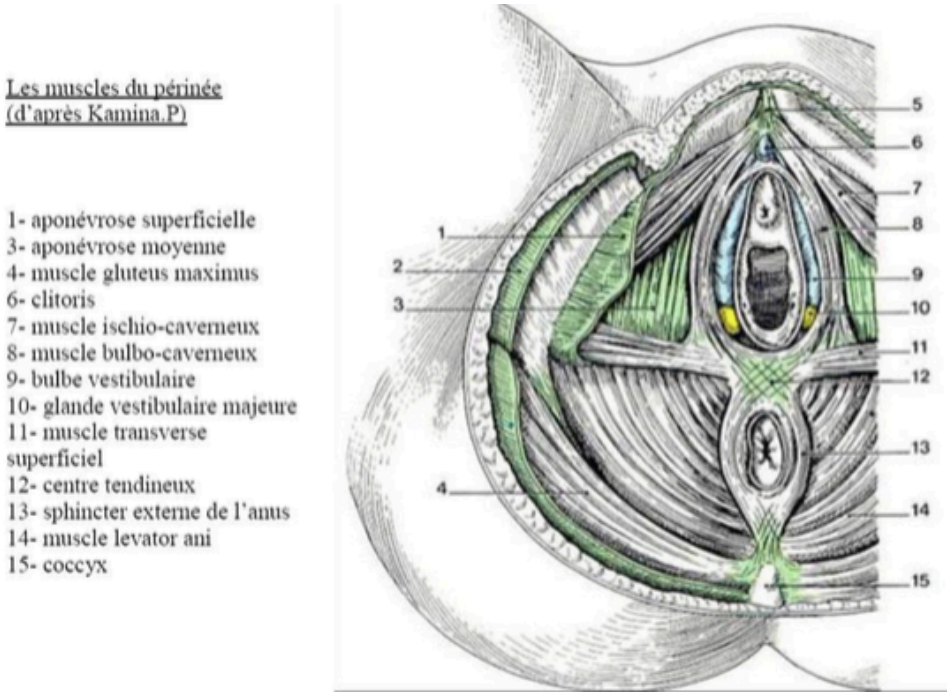


Figure 1 : Les muscles du périnée d'après Kamina P.

Nous allons détailler les muscles du périnée en commençant par le triangle urogénital : (2)

- l'orifice vaginal ;
- la position terminale de l'urètre et son sphincter ;
- les glandes de Skene, de Bartholin et leurs conduits ;
- le diaphragme urogénital dans la partie profonde du périnée ;

- les nerfs, vaisseaux sanguins et lymphatiques ;
- le pilier du clitoris avec les muscles ischiocaverneux. Ces muscles compriment le pilier et en bloquent le retour veineux, induisant ainsi l'érection du clitoris ;
- les bulbes vestibulaires recouverts des muscles bulbocaverneux. Ces derniers passent autour de l'orifice vaginal et entourent les bulbes du vestibule. Ainsi, ils compriment le tissu érectile et participent à l'érection du clitoris en obturant sa veine dorsale.

Le « point G » est une zone anatomo-fonctionnelle dont l'existence même est discutée depuis longtemps. Il est décrit comme le complexe clitoro-urétro-vaginal se situant sur la paroi antérieure du vagin, à quelques centimètres du vestibule. Cette zone, très érogène, est reliée au clitoris interne grâce à des fibres musculaires. Dans certaines conditions, comme la contraction périnéale ou la pénétration vaginale, les corps caverneux du clitoris font un mouvement de descente vers cette zone. (3)

Schéma du clitoris

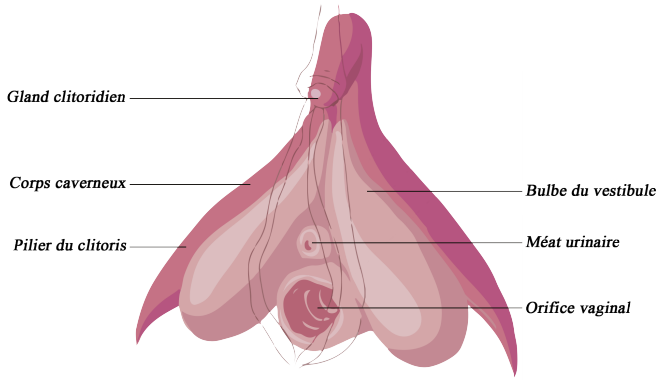


Figure 2 : Schéma du clitoris.

Il existe environ 15 000 récepteurs nerveux entourant le tissu érectile du gland clitoridien, auxquels s'ajoutent les récepteurs vulvaires, responsables de la transmission des stimuli sensoriels. Chez la femme, ils passent par trois voies nerveuses, alors qu'elles ne sollicitent qu'une seule voie chez l'homme. D'une part, le système nerveux autonome contrôle la vascularisation et la contraction des muscles lisses périnéaux. Le nerf pudendal contrôle quant à lui les muscles striés. Pour finir, les nerfs pudendaux, hypogastriques et pelviens, ainsi que la chaîne sympathique se chargent de l'innervation sensitive. (4) (Annexe II)

Durant l'acte sexuel, une flexion des hanches favorise l'ouverture vaginale et stimule l'ouverture anale. Au contraire, l'extension des jambes au moment de l'orgasme permet une meilleure contraction vaginale autour du pénis, ou autre objet, et augmente

les perceptions intérieures. En fonction des stimulations, l'innervation stimulée sera différente et donc les projections cérébrales spécifiques. De cette façon, le ressenti de l'orgasme peut être variable. (4)

Le muscle transverse profond du périnée se localise entre les couches du fascia du diaphragme urogénital. Il s'étend d'une tubérosité ischiatique à l'autre et passe par le centre tendineux du périnée, il se mêle également avec le sphincter de l'urètre membraneux. Il provient de chaque côté des branches ischiopubiennes et s'insère sur le périnée (2). Le centre tendineux joue un rôle important dans la statique pelvienne. Il représente un point de support pour le vagin et l'utérus.

Le triangle anal contient : (2)

- L'extrémité inférieure du canal anal et ses sphincters. D'une part, la portion superficielle entourant l'orifice anal, dont les fibres sont striées, donc à contraction volontaire. La partie profonde du muscle est composée de fibres circulaires lisses, à contraction involontaire. En période inactive, elles sont toniques, fermant ainsi l'orifice anal.
- Le faisceau ilio-coccygien et l'élévateur de l'anus.
- Le ligament anococcygien.

1. 2 Fonctions

Le périnée est un ensemble de muscles, qui ont différentes fonctions complexes : par sa contractilité, il a un premier rôle de soutien des viscères. La position verticale des humains nécessite une grande résistance. Ces muscles profonds assurent une bonne posture en se contractant en synergie avec les muscles abdominaux. (5)

Les sphincters permettent au périnée la continence lorsqu'ils se contractent. A l'inverse, quand ils se relâchent, ils permettent la miction et la défécation. A cela s'ajoute la fonction sexuelle, qui est primitivement liée à la fonction reproductive. Pour finir, par sa souplesse et son élasticité, le périnée permet l'enfantement. (5)

1. 3 Représentation des femmes de leur anatomie génitale

La représentation du corps est la perception ou l'image mentale des femmes, se rapportant à leur propre corps en fonction du monde dans lequel elles vivent. (6)
La perception du schéma corporel se forme et évolue en permanence en fonction des expériences et des sensations. Elle est personnelle, dépendante de l'inconscient et de l'imaginaire de l'individu.

Une enquête quantitative, réalisée en France auprès de 154 nullipares durant leur grossesse, tentait d'évaluer leurs connaissances au sujet de leur périnée. 91 % d'entre elles répondaient que le mot périnée leur était inconnu et seulement 14 % d'entre elles avaient une vision précise de leur périnée. La moitié des femmes n'avait jamais osé regarder leur anatomie génitale. Seulement 39% pouvaient énumérer correctement les trois orifices du périnée. La méconnaissance des organes génitaux féminins était souvent liée à leur caractère tabou et sacré. Malgré les avancées récentes à propos de la sexualité féminine, il perdure un manque de curiosité de la part des femmes. (7)
En effet, 84 % des filles de 13 ans ne savent pas comment représenter leur sexe alors qu'elles sont 53 % à savoir représenter le sexe masculin. A 15 ans, un quart ne sait pas qu'elles ont un clitoris. (8)

Il existe un grand nombre de sources d'informations : l'entourage familial et amical, les lectures ou les medias. Mais elles sont la plupart du temps peu fiables et incomplètes. Les professionnels de santé et l'enseignement devraient participer à cette information, mais en pratique cela reste limité. Gardons à l'esprit que le schéma correct du sexe féminin dans les manuels scolaires ne date que de 2017. Pour le moment, une seule édition propose cette représentation intégrale du clitoris.

1. 4 Modifications pendant la grossesse

Durant la grossesse, le corps de la femme subit un grand nombre de remaniements.

De manière **mécanique**, les pressions abdominales augmentent. Le périnée doit lutter contre des facteurs hyperpressifs. Ces derniers peuvent être occasionnés, par exemple, par la modification de la posture corporelle, ou encore les efforts de poussée liés à la constipation fréquente en cours de grossesse.

Les **hormones** de la grossesse modifient probablement les tissus pelviens.
La relaxine est une hormone produite au cours de la grossesse par le placenta. Elle intervient dans la relaxation musculaire et la distension du périnée facilitant l'accouchement. (9)
Les variations du taux d'œstrogènes au cours de la grossesse pourraient intervenir dans le métabolisme du collagène et de l'élastine. La production de collagène de type I est diminuée, l'élasticité des tissus se retrouve affaiblie. (9)

Au cours de la grossesse, l'**anatomie** de la cavité vaginale se transforme. Elle se resserre en son tiers inférieur et s'œdématie dans les deux tiers supérieurs. Il s'agit de la

ballonisation vaginale qui crée un gradient de pression intra vaginal. Elle rend certaines zones érogènes moins accessibles, mais aussi plus sensibles. (10)

1. 5 Modifications lors de l'accouchement

Au cours de l'expulsion du fœtus, durant l'accouchement, le centre tendineux du périnée s'amincit, les muscles élévateurs de l'anus et le sphincter anal se relâchent et les muscles du plancher pelvien sont étirés au dessus de la présentation en progression. Plusieurs muscles, comme les sphincters externes de l'anus, les élévateurs de l'anus, des muscles transverses du périnée superficiel et profond, ou encore le muscle bulbocaverneux, peuvent être lésés au cours de l'accouchement. Ces lésions affaiblissent le plancher pelvien et peuvent provoquer des dommages majeurs. (2) La détérioration du centre tendineux prédispose au développement d'une rectocèle ou entérocèle (11). Il est donc important de le protéger par des actions prophylactiques.

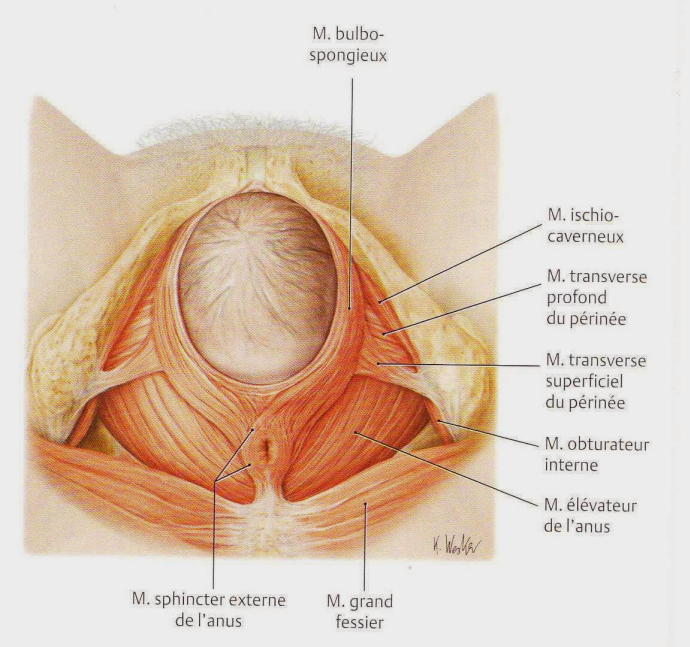


Figure 3 : Muscles du plancher périnéal au moment de l'expulsion fœtale.

1. 6 Lésions périnéales

1. 6. 1 Définition anatomique

Il existe différents types de lésions périnéales pouvant survenir au cours de l'accouchement. Nous dénombrons en France trois degrés différents parmi les déchirures. (Annexe III)

Les **déchirures du premier degré**, qui sont simples et incomplètes. Elles respectent le sphincter anal et peuvent aller jusqu'au noyau fibreux central. (12)

Les **déchirures du deuxième degré** qui correspondent à une atteinte du sphincter anal, aussi appelées périnées complets. (12)

Enfin, le **troisième degré** comprend les déchirures qui mettent en communication le vagin et le bas rectum, plus communément périnées complets compliqués. (12)

S'ajoutent les **déchirures fermées**. Ce sont des lésions des structures musculo-aponévrotiques sans effraction cutanéo-muqueuse. (12)

Dans des recommandations concernant la prévention et la protection périnéale en obstétrique, publiées en 2018, nous avons retrouvé une classification des lésions en quatre degrés de gravité. (13)

Classification française		**Classification RCOG - OMS**	**Lésions anatomiques**
Périnée intact			Sans
Périnée superficiel		1er degré	Épithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2e degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
LOSA	Périnée complet	3e degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe
		3e degré-b	Plus de 50 % du sphincter anal externe
		3e degré-c	Sphincter anal interne (musculeuse rectale)
	Périnée complet compliqué	4e degré	Muqueuse rectale

Figure 4 : Classification des déchirures périnéales obstétricales du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

L'**épisiotomie** est une incision rectiligne médiolatérale du perinée posterieur. Il s'agit d'un geste chirurgical consistant en la section du périnée de la peau jusqu'au muscle (en particulier le faisceau pubo-rectal). (12) Elle diminue l'étirement des tissus, et donc les lésions vaginales antérieures (2). (Annexe IV ; V).

L'incision peut être réalisée précocement sur un périnée épais, dans le cas d'une urgence de dégagement du fœtus. Elle est tardive quand le praticien attend l'ampliation du périnée. Dans ce cas, l'acte est à distance des muscles, ne sectionnant que les tissus cutanés et cellulo-graisseux. (14)

Il est également possible d'observer des déchirures touchant d'autres tissus que ceux relatifs au périnée. Ainsi, nous pouvons citer les déchirures vaginales, les déchirures nymphéales (aussi appelées éraillures superficielles d'une petite lèvre), la déchirure du col et les déchirures clitoridiennes.

Les **éraillures** surviennent habituellement lors de la déflexion de la tête fœtale, les petites lèvres se retrouvent comprimées entre la symphyse et l'occiput fœtal (14).

Elles peuvent rendre les mictions douloureuses jusqu'à leur cicatrisation spontanée. Elles sont souvent non suturées, en fonction de l'appréciation de l'opérateur.

1. 6. 2 Facteurs de risque des lésions périnéales

Les facteurs de risques de déchirures obstétricales sont souvent associés entre eux, avec un effet cumulatif. Sont décrits dans la littérature :

- La primiparité (15)
- La macrosomie fœtale, la dystocie des épaules par surdistension du périnée lors du dégagement (15)
- Une malformation congénitale fœtale (16)
- L'allongement de la deuxième phase du travail et l'analgésie péridurale (15)
- Les présentations céphaliques postérieures, ou défléchies, ou du siège (15) (16)
- Les extractions instrumentales, ou des manœuvres obstétricales en particulier la manœuvre de Jacquemier ou la grande extraction du siège (15)
- L'épisiotomie médiane (15), une épisiotomie trop tardive, trop courte, ou encore l'extension d'une épisiotomie (16)
- La texture du périnée : œdématiée par un travail prolongé, fragilisée par des touchers vaginaux répétés ; ou constitutionnellement fragile en particulier chez les femme rousses ; un périnée trop résistant se laissant mal distendre, comme un périnée cicatriciel, celui de la primipare âgée, ou des femmes excisées ou infibulées (15)
- Varicosité vulvaires fragilisant les tissus (16)
- Une distance ano-vulvaire courte (15)
- Le mauvais contrôle manuel du dégagement, un accouchement très rapide, durant lequel le périnée n'a pas eu le temps de s'assouplir et se distendre (15), l'incapacité de la patiente d'arrêter de pousser (16)
- La position debout de la parturiente (15)
- L'arcade pubienne étroite (16)
- L'obésité maternelle (15)

1. 6. 3 Epidémiologie

L'enquête périnatale de 2016 indique que le taux d'épisiotomies est très variable suivant les régions. Ainsi, les taux étaient de 8,8 % pour la région de Bourgogne-Franche-Comté, en comparaison la région Parisienne ou le département du Rhône

respectivement à 24,2 % et à 22,9 %. Mais le taux a diminué de manière globale ces 6 dernières années : 34,9% chez les primipares et 9,8% chez les multipares. Cette diminution ne s'accompagne pas d'une augmentation de la fréquence des périnées complets ou complets compliqués, qui est restée à 0,8%. Des déchirures du premier degré étaient retrouvées dans 42,2 % des accouchements en 2010, et 51,3% 6 ans plus tard. Il est mis en avant que des informations relatives au déroulement du travail sont manquantes pour 0,5 à 2,5 % des naissances, notamment concernant les épisiotomies et déchirures périnéales. (17)

Actuellement, certains protocoles de service poussent à ne plus réaliser d'épisiotomies, notamment du fait de la reprise de la manœuvre de Couder. (Annexe VI) Pour exemple, à Besançon, les praticiens n'ont réalisé qu'1 % d'épisiotomies en 2010 (18).

La littérature met en évidence une prévalence du périnée complet dans environ 1% des accouchements. L'utilisation de forceps augmente le risque de périnée complet par rapport à l'accouchement voie basse non instrumental. En revanche, la ventouse comporte moins de risque de périnée complet que le forceps. (16)

Une étude observationnelle, réalisée sur une base de données obstétricale nationale néerlandaise, a montré que le manque d'expérience de l'accoucheur augmente le risque de périnée complet, avec un sur-risque pour un étudiant comparé à une sage-femme diplômée (19). Une autre étude, réalisée en Suisse, retrouve un risque de périnée complet si le contrôle périnéal manuel ou la visualisation du périnée n'étaient pas optimales (20). En 2008, une étude observationnelle prouvait l'effet protecteur significatif de l'épisiotomie en cas d'extraction instrumentale (21).

Notons que les déchirures obstétricales occultes du sphincter anal toucheraient 27% des primipares, bien qu'elles soient le plus souvent asymptomatiques. En effet, ces lésions ne concernent que la partie interne du sphincter et peuvent donc ne pas être diagnostiquées. (22)

En France, le taux d'épisiotomie a longtemps été élevé. La tendance était de privilégier une lésion périnéale nette et aisément suturable. Depuis 2005, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) s'est positionné en faveur d'une baisse du taux d'épisiotomies en dessous de 30 %. Il stipule également que les seules indications de réalisation, sont une distance ano-vulvaire inferieure à 3 cm et une anomalie du rythme cardiaque fœtal afin de réduire la durée des efforts expulsifs (23). Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) précisent

qu'aucune circonstance obstétricale, ou antécédent de déchirure périnéale sévère, ne justifie une épisiotomie systématique (24).

L'article L-1111-4 du code de la santé publique stipule « qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». Il impose donc aux professionnels d'obtenir préalablement aux soins, dont l'épisiotomie, le consentement du patient, peu importe le contexte d'urgence. Il faut également justifier que toute atteinte à l'intégrité physique d'une personne et qu'elle n'ait lieu qu'en cas de nécessité thérapeutique. (25)

Des études ont comparé les conséquences de la réalisation de l'épisiotomie sélective à l'épisiotomie systématique. Il existe un défaut de cicatrisation sept jours après l'accouchement et des douleurs périnéales à la sortie significativement supérieure pour l'épisiotomie systématique. Parallèlement, la protection des déchirures antérieures par la pratique de l'épisiotomie n'a que peu d'intérêt, ces lésions étant le plus souvent sans conséquences techniques ou fonctionnelles. (12)

De plus, l'épisiotomie systématique ne diminue pas la prévalence de la douleur périnéale, des dyspareunies, de l'incontinence urinaire ou anale (2).

Une étude réalisée au Canada en 2004, sur une cohorte de patientes, s'est intéressée à la fréquence des douleurs périnéales. Les lésions étaient réparties en trois groupes : périnée intact, déchirure du premier ou second degré et épisiotomie. Le lendemain de leur accouchement, l'incidence des douleurs périnéales chez ces femmes était respectivement de 75%, 95% et 97%. Au bout d'une semaine, les taux diminuent significativement à 38%, 60% et 71%. A 6 semaines du post-partum, 13% des femmes ayant subi une épisiotomie se plaignaient de douleurs. (26)

1. 6. 4 Sutures

Les lésions périnéales sont suturées avec des fils synthétiques résorbables, d'abord sur le plan vaginal, puis musculaire et pour finir au niveau de la peau.

Il existe différents types de nœuds : (27)

- Le surjet unique est utilisé pour le plan vaginal. Il permet de répartir les tensions le long de la suture et une cicatrisation de bonne qualité. Elle diminue les douleurs dans les suites immédiates de l'accouchement et permet une reprise plus rapide de la vie sexuelle.
- Le surjet intradermique est utilisé pour le plan cutané. Il a les mêmes avantages que le surjet simple et laisse une plaie propre avec des berges nettes.

- Les points séparés sont les sutures le plus communément utilisées pour le plan musculaire. Ils limitent le risque d'hématome par rapport au surjet. Les points en X assurent l'hémostase. Les points de Blair-Donati sont rarement utilisés.

Les récents textes du CNGOF recommandent la technique « un fil, un nœud ». Le surjet unique est réservé aux déchirures du second degré et aux épisiotomies non compliquées. En ce qui concerne le fil de suture, l'utilisation du Polyglactin 910 diminue les douleurs. (28) (Annexe VII)

Maintenant, intéressons nous plus longuement à la fonction de sexualité.

2 La sexualité

Longtemps, le plaisir et l'orgasme féminin étaient des sujets tabous. La femme était le plus souvent considérée comme un objet sexuel, réduite au statut de génitrice (29). Durant cette longue période, le désir féminin faisait peur aux hommes, qui considéraient la femme désirante comme la manifestation du péché. C'est avec le développement des moyens de contraception, mais aussi l'assouplissement des interdits moraux et religieux que la sexualité est ouvertement devenue source d'épanouissement et de satisfaction. (30)

Freud est le premier à s'intéresser à la sexualité féminine sous un angle psychanalytique. Il publie en 1905 Trois essais sur la théorie de la sexualité. D'après lui, la construction sexuelle se fait dès l'enfance de manière universelle. Il met en évidence qu'obtenir une satisfaction sensuelle est le but principal de la pulsion sexuelle, bien que parfois difficile à atteindre. Dans son approche, il investit toutes les zones érogènes du corps pour obtenir l'épanouissement de la vie sexuelle. (31)

Plus largement, la sexualité peut se définir comme un « ensemble des tendances et des activités qui, à travers le rapprochement des corps, l'union des sexes (généralement accompagnés d'un échange psycho-affectif), recherchent le plaisir charnel et l'accomplissement global de la personnalité. » (32)

De nos jours, l'expérience génitale est davantage jugée comme productrice de lien et de connaissance de l'autre et de soi. (33)

2. 1 Santé sexuelle

L'OMS définit la notion de santé sexuelle comme un item de santé publique. Il s'agit « d'un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ». Elle nécessite « une approche positive et respectueuse de la sexualité et des

relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. » (34)

C'est en 2017 que le Ministère des Solidarités et de la Santé lance sa première stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. Elle vise à promouvoir la santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes. L'accent est mis sur des réponses adaptées aux besoins des populations les plus vulnérables, mais aussi sur la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle. (35)

L'implication des étudiants sages-femmes se fait d'ores et déjà dans le projet Héra. Il a été lancé depuis 2017 par l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes. Il vise à sensibiliser et élever la réflexion à propos des relations affectives et sexuelles.

De plus, le gouvernement actuel a instauré un service sanitaire obligatoire pour les étudiants de la filière santé à la rentrée 2018. Ce programme permet d'améliorer la prévention, la sensibilisation et l'éducation à la santé, à travers des thèmes tels que la sexualité chez les plus jeunes.

La santé sexuelle fait partie intégrante de la profession de sage-femme. En effet, le suivi qu'elles effectuent tout au long de la vie des femmes, au cours de la grossesse, ou en dehors, est intimement lié à leur sexualité. Cela place ce métier comme interlocuteur privilégié. De plus, la santé génésique a été ajoutée dans la formation des étudiants sage-femme depuis 2009.

Comme énoncé dans un document fondamental qu'est Philosophie et modèle de soins de pratique de sage-femme « Les soins prodigués par les sages-femmes encouragent, protègent et soutiennent la santé et les droits humains, génésiques et sexuels des femmes et respectent leur diversité ethnique et culturelle. » (36)

La santé sexuelle est une notion importante, répondant au grand nombre de troubles sexuels. Ils peuvent toucher à la libido, l'excitabilité du complexe clitoro-urétro-vaginal, la réaction orgasmique, ou se manifester comme une sensation de béance, une dyspareunie superficielle ou profonde. (37) Nous évaluons que la prévalence des dyspareunies chez les femmes est deux fois plus élevée pour les sujets jeunes, de 18 à 29 ans, que pour le reste de la population. (38)

2. 2 Physiologie du rapport sexuel

Actuellement, en France, la notion de réciprocité a prit un rôle plus important. En effet, une dimension symétrique entre homme et femme s'observe, passant par les

caresses, la masturbation mutuelle ou une sexualité orale. Elles sont soit pratiquées comme des préliminaires, ou prennent la place de rapports sexuels sans pénétration, source de plaisir à part entière. (39)

Il serait réducteur de résumer la sexualité au rapport sexuel. Plus généralement elle englobe les comportements sexuels, seuls ou à plusieurs, pouvant entrainer une reproduction biologique, tout en étant régis par de nombreux phénomènes culturels.

2. 2. 1 Le désir sexuel chez la femme

Des études ont fait un lien entre hormones et désir sexuel féminin au cours du cycle menstruel. Tout d'abord, les œstrogènes créent le désir sexuel au niveau cérébral, permettent la lubrification vaginale et un flux sanguin nécessaire à l'érection du clitoris. Lorsque le taux maximal est atteint, durant l'ovulation, on observe un pic de libido. Certaines femmes décrivent un afflux de désir durant leurs menstruations, lors du retour d'un taux sanguin élevé d'œstrogène. L'œstradiol augmente le désir, tandis que la progestérone aurait l'effet inverse. (4)

Le taux de testostérone est directement lié au désir sexuel. Il est d'ailleurs stimulé par certains traitements contenant du Tribulus qui favorisent la libido et améliorent l'ovulation en augmentant le précurseur de la testostérone (40).

La plupart du temps, l'apparition du désir précède les comportements sexuels et se maintient tout au long de l'activité sexuelle pour entretenir l'envie de poursuivre. (41)

2. 2. 2 La sexualité féminine

Au cours de ces phénomènes, le corps subit des modifications anatomiques et physiologiques décrites en quatre phases progressives :

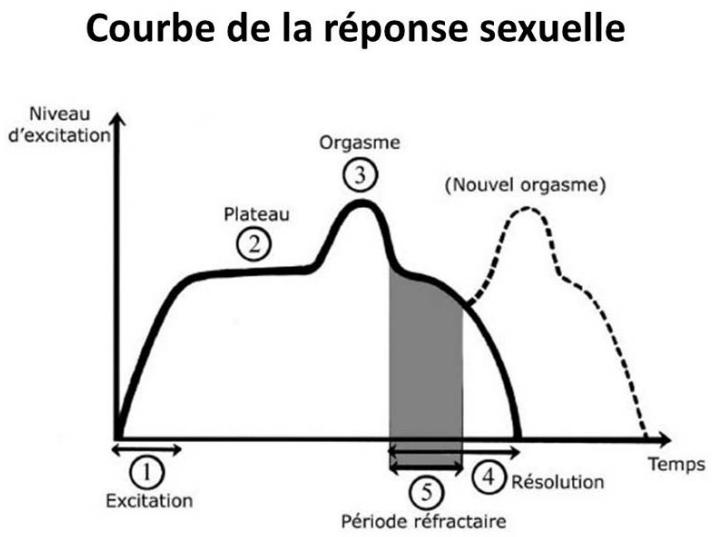


Figure 5 : Courbe de la réponse sexuelle chez la femme.

La phase d'excitation : L'excitation peut être favorisée par des stimuli physiques, variant d'un individu à l'autre, pouvant aller d'un baiser, à la caresse d'une zone érogène, jusqu'aux pratiques orogénitales. Parallèlement, les stimuli mentaux ont une part importante dans le processus. Le facteur capital est la création d'une tension sexuelle suffisante. Elle se traduit par des modifications physiologiques reflexes. Chez la femme, une transsudation de vaisseaux péri-vaginaux permet la lubrification, s'ensuivent une augmentation du volume du clitoris et un télothisme. (41)

Lorsque les femmes décrivent le plaisir des sensations de la période d'excitation, il en ressort un grand enthousiasme. Elles décrivent des sensations envahissant tout leur corps, rendant cette période d'excitation très appréciée. (29)

La phase en plateau : Cette période est caractérisée par l'intensification des tensions sexuelles, jusqu'au degré permettant l'orgasme. Elle est accompagnée par le gonflement des mamelons, l'augmentation de la fréquence respiratoire, du rythme cardiaque et de la tension musculaire. L'érection du clitoris, dont les branches entourent le vagin, réduit son diamètre afin d'augmenter le ressenti des stimulations. Juste avant l'orgasme, le gland du clitoris se rétracte sous son capuchon et le volume des petites lèvres augmente. (41)

La phase orgasmique : Elle représente l'accroissement maximal de la tension sexuelle. En moyenne l'orgasme féminin dure 20 secondes. Durant cette phase, le périnée ce contracte de façon rythmique et involontaire toutes les 0.8 secondes. Le corps participe dans son entièreté à ce phénomène, de manière spécifique à chaque femme. Il existe de nombreuses variations dans l'intensité et la durée de l'expérience orgasmique. Les femmes peuvent avoir plusieurs orgasmes consécutifs. En effet, un orgasme ne ramène pas la femme à un état de non excitation, mais à un niveau d'excitation pré-orgasmique. (41)

La phase de résolution : Elle suit la phase orgasmique, si la stimulation n'est pas suffisante, la femme retrouve un niveau de non excitation. (41)

2. 2. 3 Le plaisir sexuel

Les organes génitaux féminins se gonflent de sang pour lui offrir des sensations d'une grande intensité (29). Le plaisir sexuel est défini comme une perception émotionnelle agréable indissociable de l'excitation. L'adhésion des partenaires face à la rencontre sexuelle est nécessaire au développement du plaisir, tandis que des sentiments négatifs le brimeraient. L'orgasme est avant tout un envahissement émotionnel qu'il

faut accepter de ressentir et d'exprimer. Il est dépendant de l'excitation et de la perception que chaque femme a de son plaisir. Il est souvent considéré comme le but et la preuve profonde de la sexualité. (42)

Alors qu'en 1971 Shere Hite, en interrogeant trois mille américaines, constatait que seulement 30% des femmes avaient régulièrement un orgasme par la pénétration vaginale. En comparaison, 95% des femmes parviennent à avoir des orgasmes par masturbation stimulante directe du clitoris Pour autant, la norme actuelle reste la recherche de l'orgasme féminin par pénétration vaginale. (29)

Et pourtant, une enquête qualitative menée en 2014, révèle que les jeunes adultes jugent que dans une union hétérosexuelle l'homme est responsable du plaisir et de l'orgasme féminin. Cette étude met en exergue une vision passive de la sexualité féminine. (43)

2. 2. 4 La masturbation

Par le passé, il existait de nombreuses croyances vis-à-vis de la masturbation. Celle-ci a longtemps était jugée déviante et pouvait à ce titre être sévèrement condamnée.

Comme nous l'avons vu, les femmes ont une certaine méconnaissance de leur propre sexe. Une pratique intime apparaît donc comme le meilleur apprentissage de son corps et de l'orgasme. Plus la pratique de la masturbation est répétée, plus la zone génitale est érotisée et son plaisir apprivoisé. L'investissement du sexe et du périnée passe par l'approche sensorielle, et plus particulièrement par le toucher et la vue. Cela permet de connaitre les plaisirs spécifiques à chaque partie du sexe. Une sexualité épanouie résulte d'une autonomie de chaque partenaire. Le fait de se sentir bien dans sa tête et son corps, aidera par la suite à la jouissance dans le couple. (44)

Françoise Dolto décrit la masturbation comme une expérience courante lors du développement de l'enfant. L'exploration du corps reflète une curiosité et un besoin de découverte. C'est un élément de l'auto-érotisme qui n'est pas déviant et n'est pas jugé malsain aux yeux de l'enfant. (45) Il est mis en évidence une différence majeure entre l'exploration des filles et des garçons. Alors que l'érection du pénis est visible, celui du clitoris ne se voit pas, mais se ressent. La fille a donc plus de difficulté à intégrer la totalité de son cycle génital. Elle risque d'associer les phases d'orgasme et de résolution à la personne avec qui elle le découvre, perturbant la mise en place de l'autonomie nécessaire à son indépendance. (46)

2. 2. 5 Le sentiment amoureux

La diminution de la prévalence des mariages arrangés, donne à la notion d'amour conjugal un nouveau sens et l'inscrit dans la création d'un domaine d'intimité. La sexualité dans le couple, permet alors de fortifier les sentiments et contribue à son harmonie. (33)

2. 2. 6 La communication

La communication dans un couple est primordiale. Des études ont démontré une interaction significative entre la communication et la satisfaction sexuelle. De plus, ils étaient tous deux des facteurs prédictifs du bien-être du couple. (47)

Plus concrètement, certains sujets semblent essentiels, comme l'environnement lors des unions sexuelles, les positions et pratiques préférées des partenaires, ou les fantasmes. Il est également important de connaître la fréquence des rapports sexuels attendue par chacun. Il est nécessaire de fixer ses propres limites et que l'autre en ait conscience pour savourer sans crainte.

2. 2. 7 L'érotisme

La fonction érotique est un élément fondamental de la sexualité, tout en s'en différenciant. L'érotisme ne renvoie pas au rapport sexuel en lui même, mais plutôt à tout ce qui provoque le désir sexuel et les projections mentales, en particulier les fantasmes. Il se définit comme une recherche artistique provoquant l'excitation sexuelle, en se distinguant de la pornographie. (48)

2. 3 Influences extérieures sur la sexualité

La sexualité et les comportements sexuels sont fortement impactés par certaines influences, notamment l'éducation religieuse. Dans nos sociétés occidentales, encore sous l'influence de l'Eglise, le sexe et le plaisir sont inconsciemment associés au péché. (39)

Les normes sociales, vis-à-vis de la sexualité, ont évolué selon le lieu et l'époque. Nous pourrons citer : le poids du mariage qui s'est affaibli, la diffusion des valeurs de liberté dans l'espace public et dans la sphère intime, une diversification des expériences sexuelles, une standardisation contraceptive… (33)

Ces éléments ont donc une répercussion sur la vie sexuelle des individus, notamment la reprise des rapports suite à l'accouchement. Ceux-ci ne seront pourtant pas pris en compte dans ce travail centré sur les conséquences des lésions induites par l'enfantement.

3 Modification de la sexualité dans la période périnatale

3. 1 Sexualité pendant la grossesse

L'acte sexuel est à l'origine même de l'état de gestation, c'est pourtant la gestation qui va venir perturber les habitudes intimes du couple. Une adaptation et une inventivité seront nécessaires au fur et à mesure des transformations dues à la grossesse. C'est un vaste sujet que nous n'aborderons pas dans ce mémoire.

3. 1. 1 Modifications psychologiques

La grossesse a des conséquences différentes sur chaque femme. Certaines se libèrent sexuellement, alors que pour d'autres, un malaise perturbe l'équilibre du couple et une tension apparaît. La société y contribue en occultant le statut d'amante de la femme et en valorisant celui de la future mère. Le, ou la, partenaire peut se sentir freiné inconsciemment, car la femme enceinte ne représente plus la femme tentatrice. (29)

3. 1. 2 Modifications physiologiques

Durant la grossesse, le corps de la femme va s'adapter et modifier tous ses grands systèmes.

Les sécrétions de stéroïdes, évoluant au cours des mois de grossesse, impactent sur la libido féminine. Au cours du premier trimestre, il est décrit une diminution libidinale, notamment du fait des nausées, vomissements, asthénie et stress lié au risque de fausse couche. Lors du deuxième trimestre, pour la plupart des femmes, l'érotisme augmente de manière fulgurante et l'atteinte de l'orgasme peut être facilitée. Le regain d'énergie, le volume utérin modéré permet des rapports satisfaisants. Durant les trois derniers mois, la fréquence des rapports diminue de nouveau en partie à cause de la prise de volume abdominal et de l'inconfort de certaines positions. (42)

Pour ce qui est du conjoint(e), le désir sexuel est très fluctuant. Les sentiments sont ambivalents et il est possible qu'il se sente exclu de la relation intime entre sa partenaire et le fœtus. De tout cela peut découler de nouveaux comportements sexuels, comme des relations extra-conjugales, vécus comme une issue possible. (49)

Il existe encore, de nos jours, un grand nombre d'idées reçues face à la sexualité durant la grossesse, liées souvent à un manque d'informations. En interrogeant les femmes sur la raison de la baisse d'activité sexuelle, nous avons :

- D'une part les causes obstétricales et l'inconfort physique : les nausées et vomissements ; les saignements post coïtaux ; les dyspareunies ; les contractions utérines lors de l'orgasme ; les menaces d'accouchement prématurée.

- D’autre part, les craintes irrationnelles : peur de blesser ou d’infecter le fœtus ; peur de fausse couche ; ou encore peur de blesser la femme lors d’un rapport.

L’abstinence n’a pas de raison d’être et peut entrainer des conséquences sur l’harmonie du couple. Il existe cependant des indications médicales, qui sont peu nombreuses : les menaces d’accouchement prématuré sévère, la béance cervicale, une rupture prématurée des membranes, ou encore un placenta bas inséré recouvrant. (50)

3. 2 Sexualité après l’accouchement

3. 2. 1 Le désir sexuel

Après la naissance, les sécrétions massives d’**hormones** s’effondrent. L’absence d’œstrogène influence l’excitation sexuelle, la trophicité vaginale et entraine une sècheresse de la muqueuse vaginale. Le relais hormonal se fera au bout de quatre semaines chez les femmes qui n’allaitent pas. Durant cette période, les femmes rapportent souvent la présence de pulsions libidinales. (51)

Pour les femmes qui allaitent, le taux de prolactine reste élevé, entraînant une sécheresse vaginale et une baisse du désir sexuel. Par ailleurs, le taux d’ocytocine élevé permet à la mère un état de bien être physique, satisfait par l’allaitement et la proximité avec son nouveau-né. (51) Une hypo-oestrogénie, pouvant subsister jusqu'à 6 mois après l’accouchement, se traduit par une mauvaise lubrification du vagin (9).

Du point de vue **anatomique**, durant les trois premiers mois suivant un accouchement par voie basse, les réponses sexuelles sont diminuées en termes de rapidité et d’intensité. Ce phénomène est retrouvé à différents niveaux, comme dans les réactions physiologiques des organes génitaux, la vaso-congestion vulvaire, la lubrification vaginale et les réactions orgasmiques. L’orgasme ne se développe que dans le tiers externe du vagin, sa durée et son intensité sont nettement réduites. (41)

Suite à cette période, chaque femme évoluera différemment, mais la majorité d’entre elles retrouve progressivement leurs fonctions d’avant grossesse. Le vagin récupère ses capacités d’allongement et d’élargissement, les rugosités physiologiques, la lubrification retrouve sa rapidité et sa quantité normale. (41)

3. 2. 2 Facteurs influençant la sexualité

Plusieurs éléments sont à prendre en compte concernant la reprise de la sexualité.

La fatigue prendra la place du désir sexuel dans les premiers temps du post-partum. Elle découle du manque de sommeil, des journées qui sont rythmées par le

nouveau-né et les taches domestiques multipliées. La femme trouve difficilement un « espace » de liberté et du temps à y consacrer. (51)

Après l'accouchement, les mères font un deuil psychologique de l'enfant intérieur. Une nouvelle sexualité entre les deux partenaires qui sont devenus parents apparaît. La façon dont la grossesse a été vécue joue un rôle fondamental sur les modifications des rapports sexuels. (51)

Pour l'accompagnant(e), la naissance peut être vécue comme une expérience violente, traumatique et culpabilisante, influençant la vision de leur compagne.
La présence d'un tiers, entre la mère et son enfant, assure la fonction de coupure et l'aidera à retrouver sa féminité et sa sexualité. (51)

Du coté de la femme, les modifications corporelles occasionnées par la grossesse peuvent parfois mettre du temps à s'estomper. A la vue de leur prise de poids, des vergetures, la modification des glandes mammaires, les conséquences dermatologiques, les femmes peuvent se sentir physiquement dévalorisées. Elles ne reconnaissent plus ce corps qui est dénué de sa fonction érotique. Ce sentiment dépend de la manière dont leur corps a été traité durant l'accouchement. Elles ont besoin de temps pour apprendre à se le réapproprier et se retrouver dans les yeux de leur entourage. (51)

3. 2. 3 La sexualité féminine post natale en fonction de l'accouchement

L'intérêt porté à la sexualité ne semble pas varier en fonction du mode d'accouchement, que ce soit sur le désir, la lubrification, ou encore la satisfaction des partenaires. (9)

Accouchement par voie basse :

Durant l'accouchement par voie naturelle, la progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne s'accompagne d'un relâchement de la partie externe des muscles élévateurs de l'anus. La force des contractions utérines associée à la pression de la présentation fœtale sur le plancher pelvien permettent son ampliation, nécessaire à l'enfantement. (2)

Après l'accouchement, la **force musculaire** du plancher pelvien est diminuée, notamment au niveau des muscles péri-vaginaux. Habituellement, les puissances s'améliorent avec le temps, mais sont encore inférieures deux mois après l'accouchement par rapport aux données prénatales. Selon une étude longitudinale, sept ans après l'accouchement, le plancher pelvien a retrouvé sa force d'origine. (9)

La forme de la vulve peut être modifiée. Il est fréquent de retrouver une **béance vulvaire**, une **sensation de pesanteur** ou encore des **incontinences urinaires** après un accouchement (2). L'étirement de la musculature périnéale est responsable d'une perte de sensations au niveau vaginal. Certaines femmes perdent les repères de leur région génitale, pouvant constituer une gêne pour la reprise de la sexualité et l'accès au plaisir. (51)

Accouchement par voie basse avec lésions périnéales :

Les femmes éprouvent souvent une grande inquiétude face aux lésions au niveau génital. Ces peurs, fréquentes et légitimes, nécessitent une réassurance et une information adaptée de la part des professionnels de santé. Les sutures cicatrisent généralement sous 10 jours. Certaines cicatrices peuvent rester sensibles et être à l'origine de dyspareunies. Ces lésions périnéales seront responsables de retards dans la reprise de la sexualité, de douleurs et sont surtout source de peur de pénétration. Instinctivement, la femme aura tendance à contracter son périnée pour se protéger ce qui n'aura pour effet que d'augmenter sa douleur. (51)

La prévalence de la dyspareunie en post-partum immédiat est estimée entre 20 et 50 %, la durée moyenne des symptômes est de quatre mois. La déchirure périnéale est un facteur de risque de dyspareunie du post-partum. Les troubles sexuels peuvent persister plus longtemps en cas de déchirure grave. Les sutures mal réalisées peuvent être responsables de dyspareunies d'intromission. (9)

Il est décrit deux sortes de dyspareunies, soit superficielles au niveau de la cicatrice, ou alors plus en profondeur. Ces dernières sont aussi appelées syndrome de Masters Allen et surviennent suite à une lacération postérieure du ligament large lors d'un accouchement dystocique. (52)

Accouchement par césarienne :

La césarienne ne semble pas apporter de protection contre les troubles génitosexuels. La grossesse à elle seule a des répercussions négatives sur le périnée. La seule différence significative serait un meilleur tonus vaginal ressenti chez les femmes accouchées par césarienne. (53)

3. 2. 4 Autres facteurs à prendre en compte

La liste des éléments qui peuvent influer sur la reprise de la sexualité suivant la naissance d'un enfant est longue : âge maternel, interruptions de la sexualité dues au nouveau-né et au stress de vie de famille, « baby-blues » ou dépression du post-partum, perte de liberté et d'insouciance, responsabilités grandissantes, comportement du

partenaire, apparition de nouvelles tensions dans le couple, discordance de besoin et de désir sexuel entre les deux partenaires. (54) Sans oublier les facteurs culturels, moraux et les croyances personnelles.

3. 2. 5 Epidémiologie

Une enquête réalisée en Tunise a évalué auprès de 80 femmes différents aspects de leur sexualité dans le post-partum au cours d'entretiens semi-directifs. La date de la première pénétration intra-vaginale suite à l'accouchement est en moyenne de 1,8 mois, variant entre 1 et 6 mois. Ces femmes témoignent que la reprise de la sexualité était principalement pour satisfaire leur partenaire qui était plus demandeur (72,2%) malgré la diminution de leur désir et leur satisfaction personnelle. Les couples retrouvent leur activité sexuelle antérieure après 4 mois en moyenne du post-partum avec des variations entre 1 mois et 2 ans. (55)

Pour 75 % des couples, la fréquence des rapports sexuels diminue. Les arguments le plus fréquemment donnés sont le temps consacré au nourrisson et les dyspareunies. Il est constaté des modifications de pratiques sexuelles. En effet, le coït anal augmente de manière importante. Il est pratiqué à 3,5 % avant l'accouchement, pour 17,8 % dans le post-partum. Dans 51 % des cas le refus de la reprise de la sexualité provenait des patientes en raison de l'influence culturelle et religieuse. (56)

Une étude prospective de cohorte réalisée en Australie sur plus de 1500 interrogées, a évalué la reprise de la sexualité dans le post-partum. Elle met en évidence qu'à 6 semaines de l'accouchement, 53% des patientes ont repris une activité sexuelle, dont seulement 41% avec pénétration vaginale. Le taux de relations sexuelles vaginales augmente au cours du temps, et est de 94% à 6 mois. A six semaines d'un accouchement voie basse, l'enquête a retrouvé que 31% des femmes ayant eu une épisiotomie ont repris les relations sexuelles contre 50% avec des déchirures et 61% avec un périnée intact. (57)

Une autre étude rétrospective a décrit qu'à trois mois après l'accouchement, 85% des femmes ont eu des rapports sexuels, 65% ont eu des relations sexuelles orales et 61% se sont livrées à la masturbation. La plupart des femmes reprennent, dans un premier temps, une sexualité à travers la masturbation et des relations sexuelles orales sur leur partenaire. Les rapports sexuels oraux de leur partenaire et la pénétration vaginale sont en moyenne débutés plus tard. Les femmes rapportent un plaisir

significativement plus important durant la masturbation, par rapport à la pénétration et les relations sexuelles orales. (58)

Par ailleurs, 79% des femmes déclarent commencer l'activité sexuelle en couple par un moment de tendresse avec des échanges de caresses. (59)
Il est également avancé que la proscription médicale, recommandant d'attendre le bilan durant la visite post-natale pour commencer les activités de pénétration, serait responsable d'un retard de reprise de coït. (58)

Une autre étude rétrospective menée en Allemagne et interrogeant 1613 femmes, a montré que 31% des femmes n'ont ressenti aucune douleur au cours du premier rapport, tandis que 49% notaient des dyspareunies significatives. Apres 6 mois, ces dyspareunies persistaient pour 3,5% des femmes sans lésions, 3,4% suite à une césarienne et 11% pour des femmes ayant eu une épisiotomie ou des déchirures. (60)

Une enquête d'opinion met en avant qu'une grande partie des patientes pensent qu'il est normal d'avoir des douleurs périnéales dans le post-partum. Parmi les patientes et professionnels beaucoup pensent que les antalgiques ne sont pas efficaces pour ces douleurs. Au cours des mois, les effets secondaires dus à l'accouchement doivent diminuer, mais si la douleur périnéale persiste au delà de 42 jours après l'accouchement, elle est pathologique. (61)

Un tiers des patientes se plaignent de dysfonctionnement orgasmique suite à un accouchement. A l'examen clinique de ces femmes, nous retrouvons une élongation, une distension ou un arrachement des muscles périnéaux, dus au passage du mobile fœtal. (62)

En Australie en 2015, une cohorte prospective sur 440 primipares a cherché à déterminer l'effet des lésions périnéales sur la fonction sexuelle dans le post-partum, à 6 et 12 mois. Les scores d'orgasme ont montré une amélioration entre les deux évaluations. Les patientes avec une épisiotomie avaient des scores d'orgasme plus bas que les déchirures. De même, les scores d'excitation ont augmenté entre 6 et 12 mois après l'accouchement pour tous les types de lésions périnéales. (63)

Une autre étude qualitative a cherché à évaluer les répercussions dans la vie quotidienne des femmes qui ont eu des lésions périnéales. L'inconfort et les douleurs nécessitent une adaptation des gestes courants, comme la marche, la façon de s'habiller,

de s'asseoir ou d'uriner. Petit à petit, elles parviennent à retrouver leur aisance. Les femmes ne semblaient pas préparées à la réalité de cette expérience. (64)

Le plus souvent, la survenue de lésions périnéales est décrite comme brutale et inopinée, mais les professionnels ont des gestes de prévention et la possibilité d'accompagner les patientes.

4 Prévention et prise en charge des troubles de la vie intime après l'accouchement

4. 1 Prévention des lésions périnéales

4. 1. 1 En anténatal

Il est décrit dans la littérature que le massage digital périnéal anténatal diminue de 9% le risque de lésion périnéale et de 16% le nombre d'épisiotomies (9). Il est associé à une diminution de la prévalence des douleurs périnéales dans le post-partum (65). Certains auteurs conseillent de le commencer à partir de la 36ème semaine d'aménorrhée de manière quotidienne, avec des huiles spécialement formulées pour cette utilisation. Des laboratoires, ayant créé des huiles dédiées, donnent des explications pour aider les femmes dans ces massages peu habituels. Cependant, ces données ont un faible niveau de preuve.

La pratique du massage digital périnéal ou l'application de compresses chaudes au cours de la deuxième phase du travail ne permet pas de diminuer les douleurs périnéales et les dyspareunies à 3 mois du post-partum. Ces pratiques ne sont pas recommandées dans les dernières recommandations de l'HAS. (9)

Par ailleurs, l'utilisation prénatale d'un ballonnet vaginal n'apporte pas de bénéfice pour la protection périnéale obstétricale (65). Cette technique reste exceptionnellement utilisée.

Les exercices prénataux de renforcement des muscles du plancher pelvien ne préviennent pas le risque de lésions périnéales obstétricales. (66)

En cas d'antécédent de lésions obstétricales du sphincter anal, il est recommandé d'examiner le périnée en cas de nouvelle grossesse, puis la voie d'accouchement est discutée avec la femme. (13)

4. 1. 2 Durant l'enfantement

Les facteurs de risques de déchirures sont connus par les sages-femmes et les obstétriciens. La formation à la protection périnéale obstétricale leur est recommandée

(13). Au cours de l'accouchement, la présence d'un professionnel présente un certain nombre d'avantages. Elle permet notamment un dégagement lent et progressif de la présentation, qui diminue légèrement les douleurs périnéales à 10 jours comparé au laisser-faire (9). Il faut donc une bonne prise en charge des efforts expulsifs, associant la force des contractions utérines à des poussées contrôlées. L'opérateur peut effectuer une pression manuelle douce sur la tête fœtale.

Les dernières recommandations de l'HAS, à propos du dégagement fœtal, stipulent que les données dans la littérature sont insuffisantes. Elles déclarent néanmoins qu'en France, « où la technique hands on est largement utilisée, nous observons des déchirures des 3ème et 4ème degrés plus faibles que dans les pays utilisant habituellement la technique hands off. » (24)

La manœuvre de Ritgen facilite la déflexion de la tête fœtale entre les contractions. Le praticien exerce une pression au travers du périnée sur l'ensellure nasale ou le menton, dégageant progressivement la tête fœtale. Durant cette manœuvre, les tissus mous sont détendus, réduisant les lésions tissulaires. (2) Cependant, elle ne diminue pas le risque de lésions périnéales graves. Il n'est donc pas recommandé de pratiquer cette manœuvre systématiquement au cours d'un accouchement normal. (24)

Pour protéger le noyau fibreux central du périnée au cours de l'accouchement, les efforts expulsifs sont interrompus, pour que l'ampliation se fasse progressivement et éviter l'interruption de la micro-vascularisation. Il est conseillé de se détendre au moment du réflexe expulsif pour que le périnée s'étire et s'amplie. (14)

En ce qui concerne la posture maternelle, durant le premier et le deuxième stade du travail, aucune n'a fait la preuve de sa supériorité par rapport à une autre en vue de diminuer le risque de lésions du périnée. (13) Cependant, adopter des positions latérales, assise suspendue ou debout, durant l'accouchement, réduirait de 17% le nombre d'épisiotomies et de 20% le nombre d'extractions instrumentales, comparé à la position de décubitus dorsal. (67)

En cas de variété postérieure, la littérature montre que la rotation manuelle de postérieures en antérieures, lors du deuxième stade du travail, ne semble pas réduire le risque de lésion périnéale. (68)

Concernent le mode de poussée, nous retrouvons dans la littérature que les lésions lors de l'enfantement sont favorisées par une expulsion prolongée ou trop rapide, plus de huit poussées en inspiration bloquée, ou encore une pression manuelle sur l'utérus. (14)

Cependant, dans un grand nombre d'études randomisées, il est difficile de conclure sur les conséquences. En effet, les données retrouvées comparant l'expulsion avec une poussée en expiration, à glotte fermée, ou ces deux modes alternativement, sont discordants. Les études s'accordent à montrer qu'une durée de deuxième phase de travail prolongée (au-delà d'une heure chez une patiente multipare sans analgésie péridurale, au-delà de 2 heures chez une multipare avec péridurale ou une primipare sans péridurale et au-delà de 3 heures chez une primipare avec péridurale) augmentait significativement le risque de déchirures périnéales sévères. (69)

L'épisiotomie médiolatérale contribue à protéger l'intégrité du périnée et le sphincter anal dans les situations à fort risque, précédemment cité. Sa pratique reste restrictive en France. (23)

4. 2 Prise en charge des lésions périnéales en suites de couches

4. 2. 1 Soins

Il est conseillé de faire de façon biquotidienne une toilette, avec un savon doux, adapté à l'hygiène intime, suivie par un séchage simple pour éviter la macération. Ces pratiques sont conseillées par le CNGOF depuis 2006 et permettent de limiter la sécheresse vulvaire. Il est désormais déconseillé d'utiliser de la Povidone iodée 4% pour ces soins, ou encore le sèche cheveux. (70)

En suites de couches, il faut suivre un régime sans résidus accompagné de laxatifs doux pour les déchirures du troisième degré, afin d'obtenir une défécation sans efforts de poussée. (2)

Il est recommandé que les professionnels de santé s'assurent du niveau d'information des patientes sur les suites de la grossesse et de l'accouchement. Il est du rôle et de la responsabilité de la sage-femme d'éduquer les femmes sur leur anatomie. Il est possible de leur conseiller de regarder, ou de toucher (avec des mains propres) leur vulve dans le post partum. Ainsi, les patientes pourront dédramatiser l'imaginaire qu'elles en ont. De même, elles auront des connaissances sur leur corps qu'elles ne possédaient pas.

4. 2. 2 Soulager les patientes

Durant la période d'hospitalisation, il a été décrit des infiltrations d'anesthésiques locaux (Xylocaïne non adrénalinée à 1%) pour soulager des douleurs intenses du périnée. (70)

Par ailleurs, les antalgiques le plus fréquemment utilisé sont ceux de palier 1 (paracétamol), dont l'efficacité n'est pas certaine. Ils sont souvent associés à des anti-inflammatoires non stéroïdiens, plus efficaces sur les douleurs post-épisiotomie.

La technique de radiofréquence serait également efficace en augmentant la vascularisation, par des phénomènes thermiques, tout en diminuant l'inflammation, l'œdème et la douleur. Le métabolisme cellulaire est augmenté, la guérison se fait plus rapidement, diminuant ainsi les douleurs. L'efficacité de cette technique serait majorée par la prise d'antalgiques.

Parmi les méthodes dites « alternatives », des granules homéopathiques à l'arnica sont disponibles, elles agiraient sur les œdèmes et aideraient à la cicatrisation. Il est également possible d'appliquer du froid sur la cicatrice pour diminuer l'œdème.

Afin de préciser l'intensité et le vécu de la douleur périnéale et d'adapter les traitements, il existe une échelle de douleur dite « échelle de saint Antoine » développée par le docteur Boureau et son équipe. Il s'agit de l'adaptation française du MC Gill Pain Questionnaire de Melzack qui est une échelle verbale et multidimensionnelle. (Annexe VIII) (61)

4. 3 Prise en charge suite au retour à domicile

4. 3. 1 Douleurs périnéales

Les douleurs périnéales peuvent être soulagées par les traitements antalgiques cités précédemment.

Parallèlement, pour diminuer l'inflammation locale en première intention, il est possible de proposer de la pommade à base de zinc à appliquer minimum 3 fois par jour. Elle formerait un film protecteur recouvrant les lésions permettant de diminuer les douleurs intenses durant la miction. Si cela n'est pas suffisant, il est possible de proposer du tulle gras enrichi en vitamine E. Son application après chaque toilette et son maintien le plus longtemps possible limite, par effet mécanique, le contact des microlésions avec les protections. En effet, les garnitures, utilisées en suite de couches pour les saignements, peuvent provoquer des irritations et démangeaisons. La vitamine E est hydratante, anti-inflammatoire et cicatrisante. Elle est également anti-oxydante, bloquant ainsi les médiateurs de l'inflammation. (53)

Il peut être conseillé d'effectuer des massages de la cicatrice ou de la région sensible pour diminuer les douleurs. Cette pratique accélère la reconstitution nerveuse et vasculaire. L'utilisation d'huile ou crème, associée au massage, permet d'assouplir la

peau tout en l'hydratant. Certaines sont spécialement formulées pour favoriser la cicatrisation. Cette pratique peut aider dans la réappropriation de son corps. (53)

La rééducation périnéale du post-partum n'est pas associée à une diminution de la prévalence des douleurs périnéales et dyspareunies à 1 an (4). Elle possède cependant des effets bénéfiques, comme de retrouver un tonus musculaire périnéal correct. Une bonne maitrise du périnée peut avoir un impact positif sur le plaisir sexuel. Il s'agit également de moments privilégiés avec les patientes, permettant une éducation de leur périnée, délivrant des connaissances pour le « verrouiller à l'effort » et sur l'hygiène de vie à adopter. Ce temps consacré permet également de réinvestir leur image de femme à travers la région périnéale (51). Cette prise en charge est mise en place suite à un bilan 6 à 8 semaines après accouchement. Il existe différentes méthodes complémentaires, à adapter en fonction de l'étiologie retrouvée :

- Le travail manuel permet une bonne prise de conscience du périnée. Grâce à des images mentales, le praticien cible les contractions musculaires.
- La technique de Biofeedback permet des contractions périnéales sur une sonde vaginale ce qui permet de visualiser la force et la tenue du renforcement musculaire. Il existe différents programmes selon les problèmes à traiter.
- L'électrostimulation est une méthode transmettant des impulsions électriques brèves qui provoquent une contraction musculaire de la sangle périnéale.

Certains proposent aussi l'emploi de boules de geisha, en complément à la rééducation.

Nous retrouvons de façon ancestrale le yoga et le qi gong se référant respectivement à la médecine ayurvédique et chinoise. Plus récemment, le pilates propose des exercices post-nataux permettant de remuscler l'ensemble du corps (périnée, ventre, abdominaux, dos, jambes) de façon adaptée à cette période de la vie. La « fausse inspiration » est un exercice qui peut se faire rapidement pour tonifier le périnée, facilite la circulation sanguine et le transit intestinal. (6)

4. 3. 2 Dyspareunies

La dyspareunie définit une pénétration vaginale douloureuse. Elle peut être orificielle, dans ce cas la douleur est due à une contraction musculaire à l'entrée du vagin et apparaît lors de la pénétration vaginale. Lorsqu'elle est profonde, les sensations désagréables concernent le fond du vagin. (52)

Dans le post-partum, il est préférable d'utiliser du lubrifiant, pour limiter les irritations et les intolérances qui peuvent apparaître.

Les méthodes contraceptives locales et naturelles ne sont pas recommandées dans le post-partum, en dehors du préservatif masculin qui peut être utilisé sans restriction (71). Dans les mois suivant l'accouchement il pourra y avoir un ajustement du moyen de contraception. L'utilisation d'une contraception progestative en continu, per os, implant ou dispositif intra-utérin, permet d'améliorer les syndromes douloureux liés aux congestions pelviennes. (52)

Dans le post-partum, il est souhaitable qu'il y ait la mise en place d'une discussion dans le couple à propos de la sexualité, des craintes de chacun, de leurs souhaits individuels et à deux. Ainsi, le couple reverra ensemble leurs nouvelles exigences et envies, le rythme qui conviendrait pour retrouver des comportements sexuels. L'érotisme reviendra au cours de caresses prolongées, de massages, de câlins. La masturbation prendra parfois une nouvelle place durant la période d'attente. Parfois, il y aura une réadaptation au niveau des positions lors des rapports sexuels.

Le manque de sexualité peut avoir un retentissement psycho-sexologique, de manière individuelle et au sein du couple. Il est possible de rediriger ces patients pour la prise en charge des douleurs sexuelles. Un grand nombre de professionnels sages-femmes, gynécologues, sexologues, algologues, psychologues et kinésithérapeutes peuvent être sollicités, pouvant aboutir à une rémission durable du symptôme. (52)

Pour aider l'orientation des patients, il est possible de s'aider du questionnaire PISQ-12 afin d'évaluer leur sexualité. (Annexe IX)

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

1 Cadre de la recherche

1. 1 Problématique

Dans quelle mesure les lésions périnéales, et l'aide apportée par les professionnels à leur propos, influencent-t-elles la reprise de la sexualité de la femme dans les mois suivant l'accouchement ?

1. 2 Hypothèses

- Les lésions traumatiques de l'accouchement ont une incidence négative sur la vie de la femme et la reprise de la sexualité dans le post-partum.
- Certaines lésions périnéales compliquent plus la reprise de la sexualité.
- Les femmes manquent de compréhension au sujet de leur corps et de la sexualité.

1. 3 Objectif de l'étude

Cette étude fait le point sur le vécu des femmes dans la période post-natale en matière de sexualité. Elle analyse la perception de leur corps. Elle évalue également la reprise de la sexualité mise en lien avec les lésions périnéales subies au cours de l'accouchement. Nous nous sommes également intéressés à certaines des actions et des informations délivrées par des professionnels de santé retenues par les patientes. Il est important de connaitre leurs expériences pour pouvoir accompagner et conseiller au mieux les futures mères. La sage-femme est susceptible de répondre et d'orienter ses patientes concernant des questionnements touchants à l'anatomie ou à la sexologie. Elle a une place primordiale dans la promotion de la santé sexuelle.

2 La technique et le guide d'entretien

Pour répondre au mieux à la problématique posée, une enquête qualitative par entretiens semi-directifs semblait la plus adaptée. En effet, l'entretien permet de collecter des informations plus complètes en ce qui concerne le vécu et les perceptions des femmes. Il s'agit d'une méthode classique et validée de la recherche qualitative. En nous basant sur notre revue de la littérature et nos hypothèses, nous avons construit un guide d'entretien (Annexe X). Il a été testé au préalable sur deux femmes accouchées volontaires, afin de vérifier la compréhensibilité des propos et l'ordre logique des questions.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons réalisé une enquête prospective auprès d'une cohorte de patientes. Elle était monocentrique, au CHU de Rouen.

La population ciblée était des patientes primipares, ayant accouché par voie basse, non instrumentale, d'un enfant vivant, présentant des lésions périnéales quel que soit leur degré. Il était nécessaire que les patientes sachent parler français couramment. Sur le plan obstétrical nous avons choisi des primipares, pour éliminer les conséquences physiques, mais aussi psychologiques, des précédentes grossesses et accouchements. En sélectionnant les patientes, nous avons donc obtenu un échantillon stratifié.

Après avoir obtenu l'accord des sages-femmes cadres du CHU de Rouen, nous avons disposé des affiches informatives dans les salles de soins de suites de couches afin d'informer les professionnels de notre passage. Du 7 juin au 8 juillet 2018, nous nous sommes rendus deux fois par semaine dans le service de suites de couches du CHU. Nous nous sommes présentés aux femmes hospitalisées ayant le profil recherché. Nous leur avons fait un court exposé de ce travail, l'intérêt qu'il présente et le fonctionnement de l'étude. Ainsi, les patientes nous ont donné, ou non, leur accord pour participer à cette enquête. Lorsqu'elles acceptaient, elles signaient un formulaire de consentement (Annexe XI). Ainsi, la participation des femmes interrogées était basée sur le volontariat. Leur anonymat devait être respecté durant toute l'enquête. 19 femmes ont finalement donné leur accord sur cette période. Elles ont été nommées par ordre de consentement, de la patiente n° 1 à la patiente n° 19.

Une fois leur accord donné, nous avons recueilli des faits objectifs à exploiter dans leur dossier. Ceci nous a permis d'obtenir des informations médicales plus précises concernant les lésions périnéales ou la technique de suture réalisée. Nous avons donc relevé dans les dossiers :

- Le recours, ou non, à une aide médicale à la procréation
- La date d'accouchement
- Le terme de naissance
- Le poids de naissance
- Les lésions périnéales décrites dans le dossier
- Les sutures détaillées sur le partogramme
- Les complications éventuelles durant la grossesse, l'accouchement ou l'hospitalisation en suites de couches, qui auraient pu avoir des conséquences psychologiques sur les femmes interrogées.

4 mois après leur accouchement, nous avons appelé ces femmes pour connaître leur vécu, l'évolution de leur lésion, de leur vie sexuelle et affective, mais aussi évaluer l'accompagnement par les professionnels de santé. Le choix d'effectuer l'interrogatoire dans cet intervalle a été fait pour limiter les biais de mémoire, tout en laissant suffisamment de temps aux femmes pour reprendre leur sexualité. Finalement, 14 femmes ont répondu à notre questionnaire téléphonique entre le 17 octobre et le 10 novembre 2018. Les retours des patientes se sont fait en fonction de leurs disponibilités. La retranscription respecte l'ordre chronologique des interrogatoires, c'est pour cette raison que les entretiens ne sont pas en ordre croissant. Les cinq femmes n'ayant pas répondu ont eu au minimum 5 relances de notre part. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord des interrogées permettant une retranscription fidèle.

Après la retranscription de tous les entretiens, nous avons réalisé une analyse de contenu par thèmes abordés. Il s'agit d'une analyse longitudinale organisée en tableau (Annexe XII). Les thématiques sont identiques pour tous les entretiens : le profil des patientes, leur vécu de l'accouchement et des lésions notamment, l'attitude du compagnon, la sexualité dans le post-partum, le rôle des professionnels de santé durant cette période, et une dernière interprétant les commentaires libres.
Par la suite, nous avons réalisé une étude transversale, elle aussi sous forme de tableau (Annexe XIII). Nous avons également réalisé des analyses croisées de thèmes pour certains des items (Annexe XIV). Ces différents tableaux ont été réalisés grâce à Microsoft Word.

PRESENTATION DE L'ANALYSE THEMATIQUE

1 Recueil des informations permettant de décrire la population étudiée

Afin de caractériser la population étudiée, nous nous sommes intéressé à leur profil. En ce qui concerne l'âge des mères au moment de l'interrogatoire : trois d'entre elles avaient entre 20 et 25 ans, quatre entre 26 et 30 ans, trois entre 31 et 35 ans et trois au delà de 35 ans, dont deux au delà de 40 ans.

Le niveau d'étude a été évalué grâce à la classification de l'ONISEP (72). Ainsi,

cinq mères ont un niveau I, trois ont un niveau II, deux ont un niveau IV et trois ont un niveau V. Une seule d'entre elles dit ne pas ne pas avoir de formation. De plus, neuf sont professionnellement actives, tandis que quatre ne sont pas actives et une est en reconversion professionnelle.

Toutes les femmes étaient d'origine Française. Dans cette population, treize entretenaient une relation de couple hétérosexuel, parmi elles deux ont dit être mariées. Une seule a dit ne pas avoir de vie de couple.

Les treize conjoints étaient professionnellement actifs au moment des entretiens.

Une majorité des femmes interrogées a dit avoir suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Onze des patientes se sont préparées avec : de la préparation classique pour neuf d'entre elles, soit avec une sage-femme libérale, ou au CHU de Rouen, ou encore en PMI, haptonomique pour trois d'entre elles, sophrologique pour une et en piscine pour une également. Ainsi, une patiente a cumulé deux types de PNP et une autre en a associé trois types.

Un peu moins de la moitié des femmes disent avoir allaité leur enfant. Sur six, deux l'ont fait durant 1 mois, une durant 3 mois et trois allaitaient encore 4 mois après l'accouchement. A cela s'ajoute une patiente ayant essayé d'allaiter, sans y parvenir.

2 Le vécu de leur grossesse, accouchement et post-partum

Dans un premier temps, nous avons évalué le vécu de ces femmes face aux modifications de leur corps durant la grossesse. Quatre des patientes disent avoir remarqué une prise de poids, dont deux considérées comme importantes. La prise de poids a été souvent mal vécue par les femmes. Celles-ci utilisent des termes comme « violent ». La patiente n°16 dit *« 26 : L2 : Alors pendant la grossesse, j'ai pris énormément de poids, du coup c'était assez dur à accepter, la modification de mon corps. »*

Une patiente a quant à elle perdu du poids en début de grossesse.

Cinq relèvent l'augmentation du volume abdominal. Les patientes ont également cité des douleurs ligamentaires, des difficultés d'alimentation, un corps globalement moins tonique, un développement de sa glande mammaire et des difficultés à se mouvoir.

Au niveau périnéal, les femmes ont répondu avoir observé une augmentation de nombre de mictions au cours de la grossesse et une a ressenti une pesanteur pelvienne.

Si pour la plupart des patientes interrogées les modifications physiques étaient négatives, la patiente n° 7 a dit *« 120 : L2 : […] Je me sentais bien en tant que femme enceinte, je me trouvais belle ça n'était pas ça le problème. Je n'avais pas de problème avec mon corps. […] »*

Parmi la population sélectionnée, toutes les femmes ont bénéficié d'une analgésie péridurale, tous les accouchements ont eu lieu à terme, avec des poids de naissance des nouveau-nés allant de 2770g à 3690g.
Onze des quatorze patientes disent avoir bien vécu leur accouchement. Parmi elles, quatre affirment avoir suivies par une équipe médicale qui a été à l'écoute de leurs souhaits. Deux femmes ne parviennent pas à se positionner clairement par rapport au vécu de leur accouchement. Elles nuancent entre points positifs et négatifs. Une seule patiente dit avoir eu un très mauvais vécu de son accouchement. Elle décrit une équipe pas assez informée de son dossier, un passage en salle de naissance précipité et la réalisation d'une épisiotomie sans son consentement.

Dans les points négatifs rapportés par les femmes interrogées, six disent que la phase de latence du travail a été longue ou difficile, deux ont relevé les touchers vaginaux ou manœuvres intra-vaginales. Trois déclarent avoir été bien soulagées par l'analgésie péridurale.

Dans les suites de couches, quatre patientes ne pouvaient pas qualifier les lésions qu'elles avaient subies, ni leur localisation. Trois pouvaient donner une description non complète de leur lésion, sans pouvoir en préciser la localisation, alors que sept peuvent à la fois la décrire et la localiser. Une des patientes ayant eu une épisiotomie nous a donné spontanément son indication. La moitié des patientes pouvaient donc nous donner une information plutôt complète au sujet de leurs lésions. Pour le reste des patientes, nous ne pouvons pas affirmer qu'il s'agit d'un manque d'informations données par l'équipe obstétricale, ou s'il s'agit d'un biais de mémoire.

Nous notons cependant une incohérence entre le vécu d'une patiente et les données inscrites sur le partogramme. En effet la patiente n°10 dit *« 40 : L2 : Ah ! Alors moi j'ai été déchirée, enfin, épisio et déchirée, de l'intérieur en bas jusqu'à l'extérieur, et ça a même touché l'anus. »* Sur le compte rendu d'accouchement, il n'est fait mention que d'une déchirure médiane sans atteinte sphinctérienne.

Six patientes ont une notion assez précise de la suture qui a été réalisée.

Parmi les patientes interrogées, quatre ont essayé de regarder leur périnée, deux l'ont touché, afin d'apprécier les modifications de celui-ci. Une patiente dit avoir eu un œdème vulvaire important en suites de couches.

En ce qui concerne les comptes rendus d'accouchement, sur les douze lésions notifiées dans les dossiers, neuf ont précisé leur grade et quatre seulement leur localisation précise. Les trois opérateurs ayant réalisé une épisiotomie ont précisé l'indication de réalisation.

Nous avons noté que la sémantique utilisée n'était pas unifiée. Nous en avons tout de même conclu que dans cette population, cinq patientes avaient eu des déchirures superficielles et éraillures, quatre des déchirures du premier degré, deux des déchirures du deuxième degré et trois des épisiotomies. Dans notre étude, nous avons utilisé la classification des déchirures périnéales en trois degrés de gravité du CNGOF datant des recommandations de 2004 car la publication contenant la classification en quatre degrés de gravité a eu lieu après le début de notre enquête.

Concernant la suture périnéale, la plupart des comptes rendus sont assez complets. Ainsi, sur treize des quatorze partogrammes nous avons trouvé des détails sur la suture réalisée. Cependant, quatre d'entre eux ne précisent pas le nombre de points réalisés et deux n'ont pas précisé la technique utilisée pour suturer. Les comptes rendus montrent que la technique de suture utilisée au CHU de Rouen est le surjet vaginal au vicryl 2-0, puis des points séparés sur le muscle, la peau et les éraillures. Les fils utilisés pour ces points sont variables en fonction du professionnel.

Après cette courte analyse, nous pouvons en conclure que certaines informations concernant les lésions et les sutures périnéales sont manquantes sur les partogrammes.

A propos des douleurs périnéales dans le post-partum, il ne nous est pas apparu de corrélation entre un type de lésions, ou de sutures, et leurs conséquences sur le ressenti des patientes. Par ailleurs, la patiente ayant très mal vécu son accouchement, a également un mauvais vécu de sa lésion et n'est pas parvenue à reprendre de sexualité depuis son accouchement. Toutefois, ne pouvons pas affirmer de corrélation entre le vécu de l'accouchement et celui des lésions.

La grande majorité des femmes interrogées décrivent les sensations liées aux lésions comme douloureuses. Elles qualifient leur ressenti avec des termes négatifs tel que :

- Des « tiraillements » pour six d'entre elles
- Des « brûlures » pour une seule patiente

- Des « piqures » pour trois patientes
- De « coupure » pour une seule des patientes
- De « décharge électrique » pour une seule patiente

Quatre disent que les sensations douloureuses sont majorées au toucher pour cinq, à la miction pour cinq et en s'asseyant pour quatre. Ceci les a obligé à adapter leurs postions corporelles.

Seulement quatre des patientes disent ne pas avoir ressentie de douleur au niveau du périnée, mais parmi elles, la moitié nous rapporte avoir ressentie une gène ou un inconfort. La Patiente n°12 dit avoir du mal à caractériser sa douleur *« 38 : L2 : […] Je ne savais pas si c'était mon corps en général qui était douloureux, ou si c'était les points à ce niveau là, qui me faisaient mal. Donc j'ai du mal à vous les décrire. C'était plus une douleur globale que localisée. »*

Quatre patientes ont remarqué que leur périnée était moins tonique, et deux d'entres elles disent que la rééducation périnéales est compliquée encore 4 mois après l'accouchement.

Trois patientes affirment ne pas avoir ressenti le besoin de se réapproprier leur corps. En ce qui concerne les autres femmes interrogées, pour cinq d'entre elles la rééducation a joué un rôle important dans ce processus, deux ont fait des soins corporels et deux ont amélioré leurs habitudes alimentaires. En tout, cinq des personnes interrogées attendent la reprise du sport pour se réapproprier leur corps. Deux patientes disent que la reprise de la sexualité et la relation de couple les a aidé dans ce processus. Patiente n°16 *« 68 : L2 : En fait je pense que j'avais hâte de reprendre la sexualité parce que j'avais un gros problème par rapport à mon image corporelle, et donc le fait de reprendre et de voir que, de me sentir à nouveau femme, et d'avoir une relation de couple et pas de parents ça m'a fait vraiment du bien. »*

Au total, six des femmes interrogées ont des difficultés à se reconnaître. La patiente n°*11 « 64 : L2 : Ah ! Mais moi je me trouve affreuse ! (rire) c'est très dur. Non, honnêtement avec le ventre c'est pas évident. On a le ventre bien marqué pour certaines femmes, on a encore un petit peu de ventre. C'est assez compliqué après. »*

Deux des femmes pensent même ne plus réussir à retrouver leur corps d'avant grossesse.

La grande majorité des femmes interrogées dit avoir eu des craintes à propos des lésions. Au total douze patientes expriment leur inquiétude. Elles ont évoqué la peur de

la douleur pour neuf d'entre elles, en particulier lors de la reprise de la sexualité pour cinq d'entre elles, lors de mictions ou de selles pour cinq et peur de la désunion des sutures pour cinq d'entre elles.

L'inquiétude de ne pas retrouver une sexualité « normale » a été évoquée deux fois. Certaines de patientes ont également mise en lumière que l'inquiétude provenait de l'inconnu. En effet, la Patiente n° 12 a dit *« 74 : L2 : Beaucoup d'appréhension. Finalement pas de douleur etcetera. Ça a été un petit peu comme une première fois, je ne savais pas ce que j'allais ressentir si ça allait être différent d'avant. »*

3 Relation de couple

En ce qui concerne la vie de couple, pour les treize femmes concernées, cinq n'ont pas relevé de modification de l'habitude de leur conjoint dans l'intimité. Trois disent que leur conjoint a eu une période de distance après l'accouchement par crainte de leur infliger une douleur, deux ont nécessité de la réassurance. Il a été relevé cinq fois l'importance de prendre le temps et d'écouter son partenaire. Pour finir, deux des personnes interrogées disent que leur conjoint est d'autant plus demandeur de relations sexuelles depuis l'accouchement.

En ce qui concerne la communication dans le couple, douze mères ont mis en place une discussion avec leur conjoint. Cela concernait les craintes des partenaires, l'image corporelle de la femme ou encore les sensations ressenties par la femme au cours de rapprochements physiques.

Pour la patiente célibataire, elle dit ne pas avoir parlé de ses sentiments avec une personne de son entourage.

4 Sexualité

Concernant la sexualité durant la grossesse, quatre des couples ont continué jusqu'à la fin de la grossesse et six se sont arrêtés au cours du dernier trimestre. Un couple a du arrêter leur pratique sexuelle au 6ème mois pour indication médicale. Deux patientes ont souhaité n'avoir aucun rapport sexuel au cours de leur grossesse. Une autre femme dit que son compagnon n'a plus souhaité avoir de rapports dès qu'il a appris qu'elle était enceinte.

Deux patientes ont remarqué avoir eu des variations de libido au cours de la grossesse. Par exemple, la patiente n°7 a dit « *64 : L2 : Et bien, durant la grossesse,*

déjà c'était par période, parce que au début j'avais pas du tout envie. […] Limite j'ai envie de vous dire tous les deux mois. »

Suite à l'accouchement, la moitié des personnes interrogées ont relevé des éléments ayant eu des répercussions sur leur sexualité. En effet, trois ont parlé de la fatigue, deux autres du fait que leur nouveau-né dorme avec elles. Il a aussi était évoqué la période d'adaptation à leur nouvelle vie, l'allaitement, le baby-blues, les saignements, la cicatrice périnéale, les hémorroïdes, l'image corporelle modifié, une période de latence avant de se sentir prête, ou encore l'attente d'une contraception de longue durée.

En ce qui concerne la reprise de la sexualité, pour neuf des femmes elle s'était faite en couple par un rapport sexuel comprenant une pénétration vaginale, trois ont dit avoir eu une tentative de sexualité en couple sans parvenir à une pénétration vaginale. Pour un des couples, une période de 2 semaines de « préliminaires » était nécessaire avant de reprendre la pénétration vaginale. Une patiente dit avoir débuté avec de la masturbation avant la reprise de la sexualité en couple. Un des couples indique n'avoir réussi à reprendre une sexualité qu'un mois après leur premier essai. Pour les femmes n'ayant pas repris de vie sexuelle, l'une suivait un traitement local et disait attendre l'aval de sa gynécologue, 5 mois environ après l'accouchement. La dernière décrit deux tentatives de pénétration vaginale, motivées par son conjoint, alors qu'elle n'avait pas de désir. Elles se sont soldées par des échecs.

Pour la femme célibataire sa sexualité post-natale est passée par la masturbation.

Pour les femmes ayant repris une sexualité seule, elle avait lieu 1 mois après l'accouchement. Pour la sexualité en couple, en moyenne, la reprise s'est effectuée au bout de 2 mois. Ainsi, dix couples ont repris moins de 2 mois après l'accouchement, en sachant que la reprise la plus précoce a eu lieu au bout de 3-4 semaines. Trois ont repris entre 2 et 4 mois après l'accouchement. 4 mois après l'accouchement, deux disent ne pas avoir repris leur vie sexuelle, d'après leurs propres critères. Parmi ces deux femmes, l'une décrit une tentative soldée par un échec, l'autre déclare de ne pas avoir repris de sexualité, puis au cours de l'interrogatoire, elle nous a affirmé avoir eu des essais de sexualité en couple. Cette incohérence met en lumière que la définition de sexualité est propre à chacune des femmes interrogées. Une patiente dit avoir attendu sa visite post-natale pour avoir l'aval d'un professionnel de santé pour reprendre sa sexualité. En effet, pour la majorité des femmes interrogées, un rapport sexuel comprend obligatoirement une pénétration vaginale. En effet, elles sont huit à avoir cette

définition. Pour les femmes interrogées la « normalité sexuelle » garde une place importante. La patiente n° 11 dit au sujet de la sexualité *« 100 : L2 : Non. C'est à peu près tout ce que je peux vous dire. Enfin on est tous pareil. »*

L'initiative de la reprise de la sexualité était pour 8 couples impulsée par les deux membres à part égale. Elle provenait de la femme pour trois des couples et de l'homme pour deux des couples.

L'utilisation de lubrifiant a était mentionnée par quatre couples. Dans notre population, il ne semble pas y avoir de corrélation avec la gravité de la lésion périnéale.

La contraception utilisée au moment de la reprise était pour sept patientes la pilule, pour deux le préservatif, pour trois d'entre elles aucune contraception et pour une un DIU au cuivre. Cette dernière est la seule à déclarer que l'attente de sa contraception faisait partie des freins à la reprise de la sexualité.

La moitié des femmes interrogées, donc sept, ont ajouté la nécessité de prendre leur temps et de faire les choses naturellement. Elles mettent en avant l'appréhension, la douleur, la pudeur ou encore la découverte d'une nouvelle sexualité. Pour certaines d'entre elles, l'inquiétude est toujours présente 4 mois après l'accouchement. L'appréhension ne semble pas être liée à un type de lésions périnéales.

Une patiente déclare avoir eu hâte de reprendre la sexualité pour se rassurer sur son image corporelle.

Lors de la reprise de la sexualité, neuf femmes disent avoir eu des sensibilités atypiques au niveau de la lésion. Pour qualifier cette sensation, deux des patientes ont utilisé le terme de douloureux, dont une pour décrire une douleur globale au niveau de la vulve, deux décrivent des picotements, une des tiraillements, une des brulures, inflammation et une dernière décrit un prurit. Parmi les femmes ayant une sensibilité atypique, trois avaient une déchirure superficielle et des éraillures, deux une déchirure du premier degré, deux une déchirure du deuxième degré et deux une épisiotomie. Au total, toutes les déchirures du deuxième degré sont cause de sensibilité au moment de la reprise de la sexualité et 2/3 des épisiotomies. (Annexe XIV)

Quatre mois après l'accouchement, quatre patientes ressentent toujours une sensibilité. Elles décrivent un picotement, une brûlure ou un prurit lors des rapports sexuels. Une mère dit avoir éprouvé une sècheresse vaginale. Une autre affirme que sa libido a diminué, une dernière ressent son périnée moins élastique et plus « serré ». Par ailleurs, deux femmes ont spécifié spontanément avoir perçu leur cicatrice au toucher.

Concernant les onze couples ayant reprit une sexualité, il y a eu une adaptation des positions lors de la pénétration vaginale pour six d'entre eux, ce qui représente plus de la moitié. Tous ont préféré la position du missionnaire qu'ils trouvaient plus confortable. Au moment de l'interrogatoire, parmi ces couples, trois ont réussi à diversifier leurs pratiques.

La plupart des femmes ayant eu une sensibilité, considérée comme désagréable, ont adapté leur vie sexuelle, mais nous ne pouvons pas affirmé qu'il y ait de corrélation à ce sujet.

Le retour du désir a été variable en fonction des patientes. En effet, la plus précoce à ressentir du désir était quelques jours après l'accouchement, et une des patientes qui n'en avait toujours pas ressenti en 4 mois après l'accouchement. Cinq des femmes ont ressenti du désir au cours du premier mois, 4 durant le deuxième mois, trois pendant le troisième mois, et une au cours du quatrième mois. Ainsi, deux couples ont repris une sexualité sans que la femme n'ait eu de désir auparavant. Quatre des femmes interrogées ont estimé ce retour rapide après l'accouchement. Sur notre échantillon, nous avons observé que le retour du désir était très aléatoire. Nous ne pouvons donc pas conclure sur l'impact des différents types de lésions périnéales concernant le retour du désir.

Le retour du désir a été ressenti de manière variable pour les femmes, l'une parle de « déclics », alors que la patiente n°12 dit que le cheminement a été plus long *« 86 : L2 : Je ne sais pas trop, je réfléchis. Parce que parfois je me suis dit « peut-être que j'ai envie », mais finalement je me suis dit que si j'y pense comme ça c'est que ça n'est pas naturel, et de me dire que j'avais peur. Et finalement je me disais que j'y avais trop réfléchi, et donc je laissais tomber. Mais c'était long, je dirais trois mois. »*

Sur ce faible échantillon, aucune corrélation n'a pu être faite entre l'allaitement et un retour du désir plus tardif. Cependant la patiente n° 16 dit *« 82 : L2 : Oui, je pense qu'avec la reprise du boulot, l'allaitement et le bébé, je me rends compte qu'on a quand pas la même vie sexuelle qu'avant l'accouchement […]»*

En ce qui concerne le retour du plaisir, neuf patientes disent avoir ressenti du plaisir à la reprise de la sexualité ou rapidement après. Trois patientes ont ressenti du plaisir un peu plus tard, en moyenne 3 semaines à 1 mois après la reprise de la sexualité. Deux des patientes disent n'avoir ressenti aucun plaisir depuis l'accouchement. Ces deux femmes ne sont pas parvenues à reprendre des rapports sexuels complets depuis l'accouchement.

La patiente n°9, ayant dû reporter la reprise de la sexualité, dit avoir pris du plaisir malgré tout dès la reprise de rapprochements. *« 88 : L2 : Je dirais aussitôt après, parce que même si il n'y a pas eu de pénétration il y a eu du plaisir autrement. On a trouvé d'autres moyens. »*

Concernant leur sexualité en général, onze disent pratiquer les caresses intimes, douze disent pratiquer une sexualité orogénitale, douze disent pratiquer la stimulation des zones érogènes. Deux patientes ont précisé spontanément que leur sexualité variait d'une fois à l'autre dans ses pratiques.

Quatre patientes disent avoir observé une modification de leur sexualité en générale : une par la diminution des pratiques digitales due à une sensibilité persistante au niveau urétrale, une autre au niveau de la fréquence des rapports sexuels qui sont à la baisse, une autre dit ressentir son périnée moins tonique et donc une modification des sensations au cours des rapports. La dernière dit que la sexualité ne se fait pas aussi spontanément qu'avant l'accouchement. La patiente n°12 à dit *« 74 : L2 : Ça n'est toujours pas aussi naturel qu'avant, car je pense que je conscientise beaucoup de choses. […] J'ai toujours peur d'avoir mal alors que finalement j'ai pas mal. Ça reste encore un petit peu délicat. »*

En ce qui concerne la masturbation, sept disent ne pas y prendre de plaisir de façon générale et une dit n'avoir jamais essayé. Sur les six femmes qui affirment prendre du plaisir, cinq pratiquent la masturbation régulièrement.

Toutes les patientes étaient satisfaites ou très satisfaites par leur sexualité avant la grossesse.

Cinq ont un niveau de satisfaction qui est resté constant entre avant et pendant la grossesse. Bien que notre étude ne soit pas statistique, le niveau de satisfaction semble globalement plus bas durant la grossesse, car huit femmes disent avoir une diminution de satisfaction, tandis qu'une seule prétend avoir une augmentation de satisfaction.

Trois des patientes ont précisé une variabilité de leur satisfaction durant la grossesse. Au cours de la grossesse, les femmes interrogées déclarent que la difficulté de se positionner pendant les rapports, la prise de poids et les modifications corporelles ont des conséquence sur leur satisfaction sexuelle.
En ce qui concerne le post-partum, cinq disent avoir une diminution de satisfaction et trois une augmentation de satisfaction par rapport à avant la grossesse.

Les femmes interrogées semblent moins satisfaites lorsqu'il y a une diminution de la fréquence des rapports. Par ailleurs, une patiente n'ayant pas eu de rapports durant la grossesse, car son conjoint ne le souhaitait pas, dit ne pas être aussi satisfaite par la masturbation que par sa sexualité en couple.

5 Rôle des professionnels de santé

Concernant la prévention et l'information des femmes à propos des lésions périnéales durant la grossesse, sept disent ne pas avoir été sensibilisées par des professionnelles pendant la grossesse ou juste après. Parmi elles, trois ont suivi des cours de PNP. Deux autres femmes ne se souviennent plus avoir eu l'information et soulèvent le problème du grand nombre de points abordés en PNP. Parmi celles informées, trois disent avoir reçu l'information durant leurs cours de PNP et deux lors d'une consultation de suivi de grossesse. Une de ces patientes n'a pas reçu l'information de manière spontanée, mais après avoir interrogé un professionnel.

L'information donnée était globale sur l'anatomie périnéale, les déchirures et épisiotomies, ou encore une sensibilisation à la rééducation périnéale. Par ailleurs, en prénatal, il a été conseillé à une patiente de réaliser des massages périnéaux. Une autre a suivi le conseil de sa sage-femme en préparant son périnée grâce à un dispositif intra-vaginal durant 2 mois et demi avant son accouchement. Elle a eu une déchirure du premier degré et des éraillures.

Trois des quatorze patientes ont abordé spécifiquement le thème de l'épisiotomie avec un professionnel de santé. Parmi les trois patientes ayant eu une épisiotomie, une seule a donné son consentement avant sa réalisation, les deux autres n'ont été informées du geste qu'après l'accouchement. Une d'entre elle dit que son conjoint s'est rendu compte de l'acte. A cela s'ajoute la patiente pour laquelle il existait une incohérence entre ces dires et le compte rendu. Elle dit avoir su seulement en suites de couches qu'elle avait subit une épisiotomie.

A propos des conseils retenus par les patientes en suites de couches concernant les lésions et les soins délivrés par les professionnels de santé, sept patientes disent avoir eu des conseils d'hygiène, quatre des conseils concernant la cicatrisation, notamment un massage de la cicatrice, trois ont eu des indications quant aux pratiques à éviter comme le bain, la baignade, ou encore le sport avec à-coups. Au total, seulement deux patientes ne se souviennent pas avoir eu d'information. Certaines sages-femmes ont conseillé de toucher le périnée, tandis que d'autres le déconseillait. Les conseils prodigués n'étaient pas unifiés.

Deux des patientes disent avoir été rassurées par les professionnels quant à la taille de leur cicatrice. La patiente n° 12 nous a dit *« 54 : L2 : […] Surtout qu'on m'avait répété que ça n'était pas grand chose, et que ça allait cicatriser très vite. »*

Plusieurs des femmes interrogées ont également eu des conseils de confort, comme d'uriner en versant de l'eau ou s'assoir sur une bouée. Ces indications venaient des professionnels de santé, ainsi que de leur famille.

Lors du séjour en suites de couches, dix des femmes interrogées disent n'avoir reçu aucune information sur la reprise de sexualité. La plupart disent avoir eu une information centrée sur la contraception. La patiente n°13 va jusqu'à nous dire *« 38 : L2 : Euh j'ai eu le passage d'une personne, pour la prescription de la pilule. Mais il n'y a pas eu d'autres conseils. Seulement l'ordonnance sans discussion. »*

Pour les patientes ayant reçu une information, elle concernait pour trois sur quatre à un délai conseillé avant de reprendre la sexualité. Pour la quatrième patiente (n°13), il semblait important d'interroger les professionnels de santé au cours de l'hospitalisation *« 56 : L2 : Non, c'est pas trop le sujet qu'on avait abordé. J'ai demandé pour ma part, combien de temps après l'accouchement… Parce que je pense que c'est une question qu'on se pose beaucoup. On avait dit que ça dépend des femmes, de l'accouchement etcetera. »*

Dans les mois suivant l'accouchement, la moitié des patientes interrogées n'ont eu aucune discussion avec un professionnel de santé à propos de la reprise de la sexualité. Ainsi, seules quatre patientes ont abordé le sujet au cours de leur visite post-natale et trois durant le bilan au début de la rééducation périnéale. Les conseils donnés pouvaient concerner l'utilisation de lubrifiant, ou de traitement local (calendula officinalis, voire même antalgique), pouvant être associé, ou non, à des massages

périnéaux. Il leur a aussi été conseillé de prendre leur temps et de faire les choses en fonction de leurs sensations.

Par ailleurs, au cours de l'interrogatoire, de nombreuses patientes ont dit avoir cherché des informations auprès de leur entourage, famille et amis, ou encore sur internet.

Au cours de ces interrogatoires, nous nous sommes rendus compte qu'il persiste une méconnaissance quant au périnée et ses fonctions, sur les lésions.

DISCUSSION

1 Validation de l'hypothèse et réponse à la problématique

Rappelons la problématique et l'hypothèse de ce travail : Dans quelle mesure les lésions périnéales, et l'aide apportée par les professionnels à leur propos, influencent-t-elles la reprise de la sexualité de la femme dans les mois suivant l'accouchement ?

- Les lésions traumatiques de l'accouchement ont une incidence négative sur la vie de la femme et la reprise de la sexualité dans le post-partum.
- Certaines lésions périnéales compliquent plus la reprise de la sexualité.
- Les femmes manquent de compréhension au sujet de leur corps et de la sexualité.

1. 1 Dans quelle mesure les lésions périnéales influencent-t-elles la reprise de la sexualité de la femme dans les mois suivant l'accouchement ?

Au cours de ces entretiens, nous avons relevé que la grande majorité des femmes ont utilisé des termes négatifs pour décrire leurs sensations périnéales dans le post-partum. A propos des douleurs périnéales dans le post-partum, il ne nous est pas apparu de corrélation entre un type de lésions, ou de sutures, et leurs conséquences sur le ressenti des patientes. Cependant, dans notre population, toutes les déchirures du deuxième degré et 2/3 des épisiotomies ont été cause d'hypersensibilité au moment de la reprise de la sexualité.

Une étude réalisée au Canada, sur une cohorte de patientes, a cherché à déterminer la fréquence des douleurs en fonction du type de lésion périnéale. Au cours de l'enquête, les douleurs étaient plus basse pour les patientes ayant eu un périnée

intact, par rapport à celles avec une déchirure du premier ou second degré. En revanche, elle était plus intense pour celles ayant eu une épisiotomie. Les douleurs ont diminué proportionnellement dans le temps. (26)

Nous avons relevé que les lésions périnéales pouvaient être à l'origine de désagréments dans des gestes du quotidien, comme la miction ou la position assise, forçant les femmes à ajuster leur façon de faire.

Nous n'avons pu conclure sur l'incidence des lésions à elles seules dans la reprise de la sexualité. Nous savons toutefois que les femmes ayant ressentie une sensibilité au niveau périnéal ont adapté leur vie sexuelle en changeant leurs pratiques. Mais aucune corrélation quantitative n'a pu être faite, compte tenu d'un si petit échantillon de patientes, entre l'importance des lésions et les conséquences sur leur vie sexuelle. Cependant, cette analyse amène des notions qualitatives grâce au vocabulaire utilisé par les patientes, par rapport à leur ressenti. Pour qualifier cette sensation, certaines ont utilisé le terme « douloureux ». Les sensations variaient dans leur typologie, se caractérisant par des picotements, des tiraillements, des brulures, un prurit ou une douleur à type de décharge électrique.

Une étude prospective a évalué la reprise de la sexualité à six semaines d'un accouchement par voie basse en fonction des lésions périnéales. Cette enquête montre un plus faible taux de femmes ayant repris une sexualité parmi celles qui ont eu une épisiotomie par rapport à celles avec des déchirures. (57)

Les femmes interrogées ont relevé d'autres éléments ayant eu une répercussion sur leur vie sexuelle, hormis la sensibilité de la cicatrice. En effet, les modifications des sensations lors de la sexualité, les variations de désir, mais aussi leur confiance en elle ont souvent plusieurs origines. Au niveau physique, plusieurs éléments ont été évoqués, comme la prise de poids, la diminution du tonus musculaire périnéal, la fatigue. Pour ce qui est de l'aspect psychologique, plusieurs disent avoir eu besoin de temps pour se sentir de nouveau prête, avec une nécessité de s'habituer à ce nouveau mode de vie.

Dans la bibliographie nous avions retrouvé que suite à l'accouchement, il est fréquemment décrit une fatigue liée au nouveau mode de vie des jeunes mères. Les femmes disent avoir des difficultés à reconnaître ce corps, et encore plus d'y associer sa fonction érotique. Les modifications physiques occasionnées par la grossesse sont souvent mises en cause. A cela s'ajoute le changement de rapport dans le couple qui passe d'amants à parents. (51)

Notre étude ne permet pas de conclure sur le lien entre un type de lésion et le temps nécessaire après l'accouchement pour reprendre la sexualité. Cette période était très variable d'un couple à l'autre. Toutefois, la littérature tend à montrer que proportionnellement, les patientes ayant eu une déchirure du deuxième degré ou une épisiotomie avaient eu plus de conséquences que les lésions superficielles (26).

Au cours de nos entretiens, nous avons remarqué que pour les patientes ayant repris une sexualité par masturbation, elle se faisait plus précocement qu'en couple. Notre revue de littérature a mis en évidence, grâce à une enquête qualitative, que la majorité des femmes interrogées avait plus de plaisir avec la masturbation que lors de la pénétration vaginale ou des rapports oro-génitaux. (58)

Pour la majorité des patientes, l'attitude de leur conjoint dans l'intimité n'a pas changé après l'accouchement. Sinon, il s'agissait principalement d'inquiétude des conjoints vis à vis de leur femme. De plus, tous les couples ont mis en place une discussion concernant leurs sensations ou leurs craintes dans le post-partum.

Plusieurs des patientes ont exprimé leur inquiétude de ne plus retrouver leur vie sexuelle d'avant la grossesse. En effet, la plupart ont remarqué des modifications de leur sexualité, d'abord au cours de la grossesse, où elles sont nombreuses à avoir eu une diminution de satisfaction sexuelle, puis dans les 4 mois suivant l'accouchement.

Au cours de notre enquête, la satisfaction sexuelle des partenaires était souvent diminuée dans le post-partum. La littérature l'explique par une diminution des réactions physiologiques des organes génitaux, réduisant la réponses sexuelles en termes de rapidité et d'intensité durant les trois mois suivant l'accouchement par voie basse (41). Une enquête réalisée sur 80 femmes, confirme la diminution globale de leur désir et leur satisfaction sexuelle dans le post-partum. (55)

Dans notre étude, 4 mois après l'accouchement, une hypersensibilité périnéale persiste chez une minorité des patientes. Elles nécessitent une prise en charge adaptée et un accompagnement de la part des professionnels de santé. Dans notre étude, il a été mis en avant que dans le post-partum l'information aux patientes était donnée lorsqu'elles exprimaient un besoin, ou au cours d'un bilan réalisé au début de la rééducation périnéale, donc dans un parcours de soins planifié.

L'étude d'Aribi et al. (55), bien que réalisée en 2012, mettait en exergue que les informations et le soutien aux femmes durant cette période étaient encore insuffisants.

Plus de la moitié des femmes confirmaient l'utilité des informations concernant la sexualité, alors que seulement un tiers des couples étaient demandeurs.

Au cours des entretiens, nous avons remarqué que la définition de sexualité n'était pas la même pour toutes. Cela confirme que ce sujet est difficile à cerner, à la fois tabou, très intime et propre à chaque personne. Pour certaines femmes persiste une notion de « normalité sexuelle » et une peur de ne pas entrer dans cette norme.

Dans notre étude, neuf des femmes interrogées disent avoir eu une hypersensibilité au niveau de leur lésion lors de la reprise de la sexualité. Au moment de l'entretien, quatre mois après l'accouchement, quatre patientes ressentent toujours une sensibilité atypique.

Ceci est en accord avec une étude précédemment citée, montrant que 31% des femmes n'ont ressenti aucune douleur au cours du premier rapport sexuel. A 6 mois de l'accouchement, il y avait une diminution significative des dyspareunies. Elles persistaient pour 11% pour des femmes ayant eu une épisiotomie ou des déchirures. (60)

Il est donc difficile de conclure sur la première partie de notre problématique. En effet, les réponses en matière de sexualité ne suivent pas de norme. Il semblerait que nous puissions valider l'hypothèse suggérant que les lésions périnéales ont une incidence négative sur le vécu des femmes de leur corps. Ces éléments sont à mettre en lien avec l'ensemble des modifications corporelles et psychologiques qui sont intrinsèquement liée à cette période de la vie.

En ce qui concerne la deuxième hypothèse cherchant à déterminer si un type de lésions périnéales compliquent plus la reprise de la sexualité qu'un autre, il ne nous est pas possible de conclure avec une enquête qualitative. Afin de prouver cette hypothèse, il faudrait une étude regroupant une population avec un effectif plus important. De plus, pour avoir une preuve scientifique d'une puissance satisfaisante, il serait nécessaire de mettre en place une étude prospective randomisée, en simple aveugle avec le calcul du nombre de sujet nécessaire dans les deux groupes.

1. 2 Dans quelle mesure l'aide apportée par les professionnels influence-t-elle la reprise de la sexualité de la femme dans les mois suivant l'accouchement ?

Dans note enquête, toutes les patientes sont des primipares. Elles n'ont donc pas l'expérience d'une précédente grossesse. Elles n'ont pas toutes suivi des cours de PNP. Pour autant, parmi les patientes ayant suivi cette formation, cinq ne se souviennent plus de ces informations spécifiques délivrées. Elles expliquent que les cours balayent beaucoup de thèmes qu'elles n'arrivent pas à retenir. Nous avons remarqué que les informations retenues par les femmes au sujet de leur périnée, de ses fonctions, mais aussi des conséquences de la grossesse et de l'accouchement, étaient très incomplètes.
L'information a pour but de préparer psychologiquement les femmes aux changements occasionnés. De plus, elle permet aux patients de donner un consentement éclairé et favorise l'observance aux actes proposés.

Dans notre étude, il existe un manque d'information récurrent au sujet de l'épisiotomie. Concernant le consentement des patientes, nous avons constaté un taux très faible de consentements effectivement demandés. Cependant, le code de santé publique impose aux professionnels de santé l'obtention du consentement du patient préalablement à la réalisation des soins, peu importe le contexte d'urgence. Il recommande de justifier de toute atteinte à l'intégrité physique d'une personne. (25)

La moitié des patientes ne pouvait pas nous donner une information complète concernant leurs lésions périnéales. A posteriori, il est impossible de définir s'il s'agit d'un manque d'information par l'équipe obstétricale, ou d'un biais de mémoire.

Une minorité des femmes interrogées ont montré de la curiosité face à leurs modifications périnéales. Peu d'entre elles ont essayé de les explorer par la vue ou le toucher. Une autre enquête d'opinons a pointé un manque de curiosité de la part des femmes malgré les avancées récentes concernant la sexualité féminine. Un grand nombre d'entre elles ont des difficultés à se représenter leur sexe. (7)

Durant l'hospitalisation en suites de couches, toutes les patientes n'ont pas le souvenir d'avoir reçu une information sur les lésions et les soins à réaliser. De plus, le sujet de la reprise de la sexualité n'a été évoqué qu'avec une minorité des patientes. Les professionnels de santé recommandaient la plupart du temps d'attendre avant la reprise. Les patientes disent que la discussion était orientée sur la contraception du post-partum. Certaines ont même mis en avant que le professionnel chargé de cette mission ne tenait

pas compte de leur choix.

Au cours des entretiens, les peurs évoquées par les patientes par rapport à leurs lésions sont : la douleur, en particulier lors de la reprise de la sexualité, les mictions ou l'émission de selles, la désunion de suture. Certaines patientes ont mis en avant que l'appréhension provenait de l'inconnu et à la découverte de cette nouvelle situation. Ces différentes thématiques peuvent être abordées par les professionnels de santé au travers d'un échange rassurant, en leur offrant des conseils. De plus, ils peuvent soulager les patientes par des traitements comme des antalgiques adaptés, la technique de radiofréquence, des granules homéopathiques, des topiques locaux pouvant s'accompagner de massages de la cicatrice ou de la région sensible.

Certaines des patientes disent avoir attendu la visite post-natale pour avoir la confirmation médicale qu'elles pouvaient reprendre leur sexualité.

Après l'accouchement, les femmes ont différents interlocuteurs vers qui se tourner. Les patientes ont cité leur sage-femme ou gynécologue au cours de la visite post-natale ou les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes au cours de la rééducation périnéale. Autant de personnes qui assurent leur suivi et leur éducation en matière de gynécologie et sexualité. Durant cette période, plusieurs femmes ont dit avoir pris conscience de leur périnée.

Les différents professionnels, que ce soit durant l'hospitalisation ou après le retour à domicile, ont su donner des conseils pour soulager les douleurs périnéales et surmonter les difficultés concernant la reprise de la sexualité. Cependant, les interrogatoires ont permis de mettre en avant la discordance des discours. Les femmes de notre étude ont décrit un manque d'informations spontané de la part des professionnels de santé. Elles ont cherché à le compenser par des recherches personnelles, sur internet ou en se tournant vers leur entourage. Cependant, nous ne connaissons pas la fiabilité des sites consultés.

En conclusion, nous pouvons valider notre hypothèse disant que les femmes manquent de compréhension au sujet de leur corps et de la sexualité. Les professionnels de santé offrent un certain nombre d'informations qui ne sont pas toujours mémorisées. Nous pourrions même aller plus loin en disant que ce manque de vision globale a des conséquences sur la façon dont la femme va appréhender son accouchement, son corps et sa vie future.

2 Perspectives et ouvertures de notre recherche

Le rôle de l'équipe obstétricale, et en particulier de la sage-femme, est d'accompagner les femmes au cours de leur grossesse, durant le travail et dans les suites de l'accouchement. Elle s'inscrit également dans la santé génésique et sexuelle de la population. Cet accompagnement comprend une dimension tant physique, que psychologique. Il est recommandé de délivrer des données fiables et accessibles au moment adéquat de ce suivi. Ces informations devraient concerner à la fois l'anatomie féminine, la physiologie du corps humain, mais aussi la sexualité. Ainsi, les femmes pourraient prendre conscience de leur corps et des multiples fonctions de leur périnée. Ce savoir semble nécessaire pour qu'elles soient pleinement actrices en ce qui concerne leur santé.

Il serait intéressant d'améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé, pour les sensibiliser aux problèmes spécifiques de la sexualité. De cette façon, ils sauront comment et pourquoi entrer dans cette discussion intime avec les patients, que ce soit avec la femme seule ou en couple.

Pour aider les professionnels ayant peu de temps au cours de consultation et donner toutes ces informations, il serait possible de créer des dépliants explicatifs à distribuer aux femmes. Dans ce cadre, nous avons réalisé une proposition de prototype de maquette en annexe. (Annexe XV)

De plus, il serait intéressant d'orienter les femmes vers des lectures fiables : des liens internet ou des articles vérifiés. Il serait également possible de diffuser plus largement les informations concernant les consultations de sexologie, en particulier, lorsque la patiente semble ambivalente par rapport à sa sexualité.

Il est nécessaire que les professionnels de santé rédigent de manière uniforme, complète et détaillé leur compte rendu d'accouchement. Il semble également important d'expliquer aux patientes la lésion subie au cours de l'accouchement et les sutures réalisées. Pour finir, il est recommandé de demander systématiquement le consentement aux patientes avant la réalisation d'une épisiotomie.

3 Critique de la méthodologie

3. 1 Les points forts

Cette étude a nécessité d'anticiper, afin de recueillir les consentements des

femmes dès le mois de juin 2018. Cela a permis de respecter les délais tout en effectuant les entretiens 4 mois après.

Les entretiens avec les femmes, lors de la présentation de ce travail en suites de couches, ou durant les interrogatoires téléphoniques, ont été menés en veillant à toujours garder un climat de bienveillance, afin de créer un lien de confiance et respect mutuel indispensable pour traiter de ce sujet tabou, ou du moins intime.

Les femmes choisies étaient toutes des primipares pour que l'enquête ne soit pas biaisée par un premier accouchement qui aurait pu laisser des séquelles, aussi bien physique que psychologique. Il s'agit d'une première expérience décrite le plus objectivement possible.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord des interrogées. Par la suite, ils ont été fidèlement retranscrits afin de respecter les propos de ces femmes.

Ce travail a mis en lumière le manque de connaissances des femmes à propos de leur périnée et des conséquences de l'accouchement. Il met en exergue le manque d'informations délivrées par les professionnels concernant les lésions et la sexualité suite à l'accouchement.

L'utilisation d'entretien nous a permis de collecter des informations qualitatives concernant les perceptions des patientes. Cette technique d'enquête est plus riche qu'une étude quantitative par questionnaire.

3.2 Les points faibles

Les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat. Il s'agit d'une limite fréquemment retrouvée dans les études menées par ce type d'enquêtes. L'entretien téléphonique avait l'avantage de permettre à certaines patientes de se livrer plus facilement à propos d'un sujet tabou. Il pouvait avoir l'effet inverse, et présenter le désavantage de son aspect impersonnel. Ces entretiens ont eu lieu lors des disponibilités des patientes. Certains ont eu lieu en présence de leur nourrisson ou leur conjoint, malgré nos recommandations de s'isoler durant l'entretien, nous permettant de recueillir des réponses de meilleure qualité. Ceci constitue une limite importante de ces entretiens, car les femmes pouvaient être déconcentrées ou freinées dans les détails concernant leur sexualité. Nous devions nous conformer aux souhaits des patientes afin de respecter notre calendrier de travail.

Grace aux entretiens semi-directifs menés par des questions ouvertes, nous avons obtenu des réponses qualitatives sur le vécu des femmes. Au vu du sujet tabou abordé et par notre manque d'expertise dans le domaine de la recherche, certaines questions n'ont pas été suffisamment approfondies.

La population de femmes acceptant d'être interrogées était constituée de personnes suffisamment à l'aise pour parler de sexualité. Ainsi, nous n'avons peut être pas pu recueillir l'expérience des femmes ayant plus de difficultés sexuelles. Ceci constitue un biais de sélection.

Lors de notre étude, nous avons limité le biais de mémoire en réalisant les entretiens 4 mois après l'accouchement. Cependant, ce biais était prévisible, en particulier concernant les conseils et les informations délivrés par les professionnels de santé.

Dans cette étude, nous avons pu entrainer un biais de sélection car les enquêtées ont été recrutées dans un seul lieu, ce qui ne permet pas d'évaluer la pratique globale des professionnels de santé.

La population interrogée n'était composée que de femmes hétérosexuelles, nous n'avons donc pas exploré d'autres types de sexualités.

Nous avons une assez bonne répartition des patientes en fonction de leur lésions périnéales. Cependant, sur la période de recrutement des patientes, nous n'avons pas eu de femme ayant eu une lésion du troisième degré.

Nous pouvons considérer que l'objectif de ce travail a été partiellement atteint. En raison d'un faible effectif de la population d'étude, nos résultats ne sont pas statistiquement significatifs. Nous ne pouvons donc pas apporter de preuve scientifique établie des différences que nous avons observées. Néanmoins, il apporte des données qualitatives sur un sujet difficile à aborder.

CONCLUSION

D'après l'OMS « dans le post-partum, les femmes ont besoin d'informations et de conseils en matière de sexualité et de contraception. Pendant la grossesse, beaucoup de femmes sont moins enclines à avoir des rapports sexuels et préfèrent avoir d'autres formes de rapports amoureux, ce qui peut aller à l'encontre de ce que souhaite leur partenaire. La fatigue et les troubles du sommeil figurent parmi les caractéristiques les plus fréquemment rapportées pendant cette période et ont inévitablement un effet sur la libido. Chez la plupart des femmes, le retour à des comportements antérieurs à la grossesse se fait lentement. » (1) Nous savons que les femmes ayant accouché par voie basse sont nombreuses à souffrir de lésions périnéales. Les femmes éprouvent souvent une grande inquiétude, légitime, qui nécessite une information adaptée. Certaines zones lésées peuvent rester sensibles et être à l'origine de dyspareunies ou d'autres symptômes. Ainsi, nous avons choisi de traiter de leurs conséquences durant la période post-natale.

Nous nous sommes donc interrogés : Dans quelle mesure les lésions périnéales, et l'aide apportée par les professionnels, influencent-t-elles la reprise de la sexualité de la femme dans les mois suivant l'accouchement ?

Grace à une revue de la littérature non exhaustive et aux entretiens menés dans ce travail, nous avons constaté que les lésions sont causes de complications dans les mois suivant l'accouchement. Les femmes sont nombreuses à décrire des douleurs, pouvant entrainer une adaptation des mouvements du quotidien, ou des peurs. Elles sont également cause de modification des pratiques sexuelles et de retard dans la reprise de la sexualité.

Pour dépasser ces difficultés, les femmes peuvent se tourner vers les professionnels de santé qui sont particulièrement présents durant et après la grossesse. Nous avons pu voir que les discours n'étaient pas unifiés, peu spontanés, en particulier concernant la sexualité.

Il subsiste des difficultés à ce que les patientes se préparent psychologiquement et surtout assimilent l'ensemble des informations transmises par les professionnels. A cela s'ajoute une méconnaissance des femmes au sujet de leur propre corps et la sexualité.

Dans une société à la fois hypersexualisée et très pauvre en informations fiables concernant la sexualité, la sage-femme est en première ligne pour faire la promotion de

la santé sexuelle. Elle occupe une place importante dans le suivi gynécologique, de la grossesse et du post-partum. Elle a le devoir d'exposer des informations claires et adaptées. Le but est d'accompagner au mieux les femmes, en leur apportant une écoute et des conseils adaptés, sans jugement, concernant leur vie sexuelle.

Bibliographie

1. OMS Organisation Mondiale de la Santé. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique. [En ligne]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66396/1/WHO_RHT_MSM_98.3_fre.pdf. Consulté le 20 Février 2018
2. Posner G.D., Dy J., Black A.Y., Jones G.D. Oxorn-Foote - Accouchement et naissance. Paris : Maloine ; 2014, 608p.
3. Buisson O, Foldès P, Nisand I. Qui a peur du point G ? : Le plaisir féminin, une angoisse masculine. Paris: Jean-Claude Gawsewitch; 2011. 216 p.
4. Association Francaise d'Urologie. Anatomie et physiologie de la sexualité. [En ligne]. Disponible sur: http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/anatomie-et-physiologie-de-la-sexualite.html. Consulté le 2 Mars 2018.
5. Gasquet B de. Périnée arrêtons le massacre ! : Prévenir et réparer les erreurs répétées dans la vie quotidienne, la maternité, le sport... Paris: Marabout; 2011. 224 p.
6. Larousse Edition. Définitions : représentation. [En ligne]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483. Consulté le 4 mai 2018.
7. Tonneau H, Branger B, Chauvin F, Guermeur J, Grall JY. Le périnée, qu'en savent les femmes ? Rev Sage-Femme. 2005;4(3):109-14.
8. Franceinfo. L'éducation sexuelle reste marginale dans l'enseignement. [En ligne]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/enfant-ado/leducation-sexuelle-reste-marginale-dans-lenseignement_1501143.html. Consulté le 1 Mars 2018.
9. Fritel X. Périnée et Grossesse [Pelvic oor and pregnancy]. Elsevier Masson, 2010; 38 (5), pp.332-46. Gynécologie Obstétrique et Fertilité.
10. Lopès P, Poudat F-X. Manuel de sexologie: NP. 2e édition. Elsevier Masson; 2013. 368 p.
11. Bart S., Gimel P., Planet med. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. [En ligne]. Disponible sur : http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/anatomie-fonctionnelle-du-plancher-pelvien.html#toc-2. Consulté 26 Janv 2018.
12. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique : Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ?. [En ligne]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_021_maillet.pdf. Consulté le 25 Février 2017.

13. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique Prévention et protection périnéale en obstétrique (texte court). [En ligne]. Disponible sur : https://ansfl.org/document/cngof-2018-prevention-et-protection-perineale-en-obstetrique/. Consulté le 25 Avril 2019.

14. Calais-Germain B. Vives Parés N. Bouger en accouchant. 2009, Paris : Adverbum. p 174. Le geste anatomique.

15. Vardon D., Reinbold D., Dreyfus M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes [En ligne]. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/article/734743/episiotomie-et-dechirures-obstetricales-recentes. Consulté le 20 Février 2018.

16. de Leeuw JW., Struijk PC., Vierhout ME., Wallenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. BJOG Int J Obstet Gynaecol. avr 2001;108(4):383-7.

17. INSERM Institut national de la santé et de la recherche médicale,
DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 : Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. [En ligne]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-2018content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf.
Consulté le 20 Février 2018.

18. Strandman B. Taux d'épisiotomie (France). [En ligne]. Disponible sur: http://www.episio.info/connaitre/taux-episio/. Consulté le 1 mars 2018.

19. Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, van Rijssel EJ, Verkerk PH. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. Br J Obstet Gynaecol. déc 1994;101(12):1064-7.

20. Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gåreberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2000;107(7):926-31.

21. de Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JPJA, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2008;115(1):104-8.

22. Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. Br J Surg. 2003;90(11):1333-7.

23. CNGOF Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique médicale : L'épisiotomie (2005). [En ligne].

Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM#epid. Consulté le 1 mars 2018.

24. HAS Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme : Méthode Recommandations pour la pratique clinique. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf. Consulté le 25 Février 2018

25. France. Code de la santé publique - Article L1111-4. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767. Consulté le 31 Octobre 2018.

26. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery : a prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(4):1199-204.

27. Société française de médecine d'urgence 2017. Plaies aiguës en structure d'urgence : Référentiel de bonnes pratiques. [En ligne]. Disponible sur : http://www.sfmu.org/upload/consensus/rbp_plaies2017_v2.pdf. Consulté le 2 mars 2018.

28. Dallay D, Théry G. La technique « un fil, un nœud » : faut-il la promouvoir ?. [En ligne]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/journees-nationales/apercu?path=MAJ%2Ben%2BGO%252F2013%252F2013_GO%252Ftechnique_chirrugicales_et_obstetricales%252FLa_technique_%25C2%25AB_un_fil%252C_un_n%25C5%2593ud_%25C2%25BB_%253A_faut-il_la_promouvoir__.pdf apercu.pdf. Consulté le 2 mars 2018.

29. Hite S, Carlier T, Vacherat C. Le Nouveau Rapport Hite. Paris : J'ai lu ; 2004. 898 p.

30. Géonet M, Zech E, de Sutter P. Chapitre 4. Quand la sexologie surfe sur la troisième vague : intégration d'exercices de pleine conscience dans la prise en charge du désir sexuel hypoactif féminin. [En ligne]. Disponible sur : https://www.cairn.info/pleine-conscience-et-acceptation--9782804166137-page-109.htm. Consulté le 26 janvier 2019.

31. Freud S, Koeppel P. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris: Gallimard; 1989. 211 p.

32. CNRTL Centre National de Ressources Textuelles et Lexicale. Sexualité. [En ligne]. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/sexualit%C3%A9. Consulté le 23 Février 2018.

33. Bozon M. La nouvelle normativité des conduites sexuelles
ou la difficulté de mettre en cohérence les expériences intimes. [En ligne]. Disponible sur : http://www.pasa.cl/.../La_Nouvelle_Normativite_des_Conduites_Sexuelles_Bozon_Michel.d. Consulté le 26 févr 2018.
34. OMS Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle. [En ligne]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/. Consulté le 24 Février 2018.
35. Ministère des Solidarités et de la Santé. Santé sexuelle. [En ligne]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle. Consulté le 24 Février 2018.
36. International Confederation of Midwives. Philosophie et modèle de soins de pratique de sage- femme [En ligne]. Disponible sur: http://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/CD2005_001-V2014-FRE-Philosophie-et-mod--le-de-soins-de-pratique-de-sage-femme.pdf. Consulté le 25 février 2018
37. Meyer S., Salchli F., Bettaieb H., Vial Y., Baud D., Fornage S., et al. La réponse sexuelle périphérique…de l'urogynécologie à la sexologie. Rev Med Suisse 2015; volume 11. 2320-2325 [En ligne]. Disponible sur : https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-498/La-reponse-sexuelle-peripherique-de-l-urogynecologie-a-la-sexologie. Consulté la 28 Février 2018
38. Association Francaise d'Urologie. Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme. [En ligne]. Disponible sur: http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/douleurs-sexuelles-de-lhomme-et-de-la-femme.html. Consulté le 2 Mars 2018.
39. Bozon M. Histoire de la sexualité. [En ligne]. Disponible sur: http://www.universalis-edu.com.ezproxy.normandie-univ.fr/encyclopedie/histoire-de-la-sexualite/. Consulté le 28 Février 2018.
40. Rueff D. Hormones végétales naturelles aujourd'hui (nouvelle édition). [En ligne]. Disponible sur: https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=KV8-AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT15&dq=tribulus+d%C3%A9sir+f%C3%A9minin&ots=uIoB56_aPq&sig=w2lC46sejaMYTQsEzQpePlLKQdA#v=onepage&q=Tribulus&f=false. Consulté le 10 mars 2019.
41. Masters WH, Johnson VE, Michel-Wolfromm H, Fréhel F, Gilbert M. Les réactions sexuelles. Laffont; 1970. 382 p.

42. Muchembled R. L'orgasme et l'occident. [En ligne]. Disponible sur: http://www.universalis.fr/encyclopedie/l-orgasme-et-l-occident/. Consulté le 26 Février 2018.

43. Salisbury CMA, Fisher WA. « Did you come? » A qualitative exploration of gender differences in beliefs, experiences, and concerns regarding female orgasm occurrence during heterosexual sexual interactions. J Sex Res. 2014;51(6):616-31.

44. Schaeffer J. Chapitre 3. Une symbolisation du sexe féminin est-elle possible ?. [En ligne]. Disponible sur: https://www.cairn.info/load_pdf.php?download=1&ID_ARTICLE=DBU_CHOUV_2008_01_0051. Consulté le 4 mai 2018.

45. Dolto F. Sexualite féminine : Libido, erotisme, frigidite. Paris : A.M. Metailie ; 1983, 346p.

46. Brune E. Le Secret des femmes: Voyage au coeur du plaisir et de la jouissance. Paris: Odile Jacob; 2012. 380 p.

47. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. J Sex Marital Ther. déc 2005;31(5):409-24.

48. La Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances. Comment bien traiter la sexualité des enfants. [En ligne]. Disponible sur: http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/comment_bein_traiter_sexualite_des_enfants.pdf. Consulté le 3 mars 2018.

49. Brennan A, Ayers S, Ahmed H, Marshall-Lucette S. A critical review of the Couvade Syndrome: the pregnant male. J Reprod Infant Psychol. 2007;25.

50. Lefranc Ricque MH, Lefranc G, Schmitt L, Moron P. A propos de l'information sur la sexualité pendant la grossesse et le post-partum. Ann MEDICO Psychol. 1991;vol 149 n°3:218-20.

51. Mourichon L. Sexualité après accouchement. [En ligne]. Disponible sur: http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id100.pdf. Consulté le 25 Février 2018.

52. CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. [En ligne]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GM_191_mimoun.pdf. Consulté le 29 Novembre 2018.

53. Fritel X. Césarienne et troubles génitosexuels du post-partum. Pelvi-Périnéologie. 2009;4(3):207-12.

54. Office de la Naissance et de l'Enfance, Groupement des Gynécologues de Langue Française de Belgique. Guide du post-partum. [En ligne]. Disponible sur: http://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Guide-PP-ONE.pdf. Consulté le 2 mai 2019.

55. Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guermazi M, Amam O. Female sexuality during pregnancy and postpartum: A study of 80 Tunisian women. La Tunisie médicale. 2012 ;90(12):873-7

56. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Menin MM, Djanhan Y. La sexualité du post-partum. Analyse du vécu dans le couple noir africain. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2015;44(3):280-5.

57. McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? BJOG Int J Obstet Gynaecol. juin 2013;120(7):823-30.

58. Hipp LE, Low LK, Anders SM van. Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. J Sex Med. 1 sept 2012;9(9):2330-41.

59. Walther H. Désir Et Grossesse - Sexualité De La Femme Enceinte. Editions Du Toucan ; 2008, 184p.

60. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006;124(1):42-6.

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

62. Allen R e., Hosker GL, Smith ARB, Warrell DW. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. sept 1990;97(9):770-9.

63. De Souza A, Dwyer PL, Charity M, Thomas E, Ferreira CHJ, Schierlitz L. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2015;122(10):1410-8.

64. Way S. A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. Midwifery. 2012;28(5):e712-9.

65. Ducarme G, Pizzoferrato AC, Tayrac R, Schantz C, Thubert T, et al. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;

66. Thubert T, Cardaillac C, Fritel X, Winer N, Dochez V. Définitions, épidémiologie et facteurs de risque des lésions périnéales du 3e et 4e degrés. RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):913-21.

67. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(5):CD002006.

68. Le Ray C, Pizzagalli F. Quelles interventions durant le travail pour diminuer le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. [En ligne]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1263544/article/quelles-interventions-durant-le-travail-pour-dimin. Consulté le 28 avril 2019.

69. Association Francaise d'Urologie. Mode de poussée à l'accouchement et conséquences pelvi-périnéales : Revue de la littérature. [En ligne]. Disponible sur: http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/mode-de-poussee-a-laccouchement-et-consequences-pelvi-perineales-revue-de-la-litterature.html. Consulté le 25 Février 2018.

70. Fabre-Clergue C. Cas clinique : Soins des éraillures. Prof Sage-femme. 2018; 242:39-40

71. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44 (10) : 1127-1134

72. Onisep Office national d'information sur les enseignements et les professions. Diplômes et niveaux de qualification [En ligne]. Disponible sur: https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=onisep+diplomes+et+niveaux+de+qualification&ie=UTF-8&oe=UTF-8#. Consulté le 25 Février 2019.

Figures :

Figure 1 : Les muscles du périnée d'après Kamina P. Petit bassin et périnée : Rectum et organes uro-génitaux (Anatomie, introduction à la clinique.) Maloine ; 1995 : 180p.
Visible page 2

Figure 2 : Schéma du clitoris. Buisson O, Foldès P. The clitoral complex : a dynamic sonographic study'. Journal of Sexual Medicine. 2009 ;
Visible page 3

Figure 3 : Muscles du plancher périnéale au moment de l'expulsion fœtale. [En ligne]. Disponible : http://santeetchi.blogspot.com/2015/01/mecanismes-lors-de-laccouchement.html. consulté le 10 mars 2019.
Visible page 6

Figure 4 : Classification des déchirures périnéales obstétricales du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RGCO).
Ducarme G, Pizzoferrato AC, Tayrac R, Schantz C, Thubert T, et al. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;
Visible page 7

Figure 5 : Courbe de la réponse sexuelle. Géonet M, Zech E, de Sutter P. Chapitre 4. Quand la sexologie surfe sur la troisième vague : intégration d'exercices de pleine conscience dans la prise en charge du désir sexuel hypoactif féminin. [En ligne]. Disponible sur : https://www.cairn.info/pleine-conscience-et-acceptation--9782804166137-page-109.htm. Consulté le 26 janvier 2019.
Visible page 14

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

LA REPRISE DE LA SEXUALITE DANS LE POST-PARTUM CHEZ LES FEMMES AYANT EU DES LESIONS PERINEALES

GOULET LEONIE

RESUME :

Dans le post-partum, les femmes ayant accouché par voie basse sont nombreuses à souffrir de lésions périnéales. Les femmes éprouvent fréquemment une inquiétude légitime face à ces lésions. Dans les mois suivants l'accouchement, certaines cicatrices peuvent rester sensibles et être à l'origine de dyspareunies ou d'autres symptômes.

Dans quelle mesure les lésions périnéales, et l'aide apportée par les professionnels à leur propos, influencent-t-elles la reprise de la sexualité de la femme dans les mois suivant l'accouchement ?

L'étude qualitative présentée est basée sur des questionnaires semi-directifs. Les quatorze témoignages de femmes à quatre mois de leur accouchement, ont permis de comprendre leur vécu. Ce travail met en exergue les conséquences négatives sur la vie quotidienne et sexuelle des lésions périnéales. Il met également en lumière le manque de connaissances des femmes à propos de leur périnée et des répercussions de l'accouchement. Les informations apportées par les professionnels de santé ont un impact direct sur le vécu des femmes.

Dans une société à la fois hypersexualisée et très pauvre en informations fiables concernant la sexualité, la sage-femme est en première ligne pour faire la promotion de la santé sexuelle. Elle occupe une place importante dans le suivi gynécologique, de la grossesse et du post-partum. Durant cet accompagnement, elle devrait offrir des informations claires et adaptées.

MOTS CLES : Lésions périnéales, sexualité, post-partum, information, étude qualitative