



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

L'Université Claude Bernard - Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

ETUDE QUALITATIVE DES GÊNES PERINEALES PERSISTANTES SUR LE LONG TERME APRES UN ACCOUCHEMENT

Caroline VAGINAY

Née le 20 mars 1997

Promotion 2017-2021

Madame ORELU Edith, sage-femme libérale

Directrice du mémoire

Madame MOREL Françoise, directrice de l'école

Guidante du mémoire

ETUDE QUALITATIVE DES GÊNES PERINEALES
PERSISTANTES SUR LE LONG TERME APRES UN
ACCOUCHEMENT

Caroline VAGINAY

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu tout au long de l'écriture de ce mémoire :

A Mme Edith ORELU, directrice de ce mémoire, pour m'avoir inspiré le thème de ce travail, et pour m'avoir conseillé et soutenu depuis le début ;

A Mme Françoise MOREL, sage-femme enseignante, directrice de l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse et guidante de ce mémoire, pour son temps, ses nombreux conseils et ses encouragements au cours de ses longs mois de travail ;

A l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse, Paola, Bérangère, Myriam, Sylvie, Christelle, et Nathalie, pour le temps et le cœur qu'elles mettent à nous accompagner au cours de ces quatre années d'études ;

Aux sages-femmes rencontrées durant mes stages, et celles qui m'ont aidé dans le recrutement de mes patientes ;

Aux patientes ayant accepté de participer à mon étude, et de répondre à mes questions ;

A l'ensemble de la promotion 2017-2021, pour ces quatre belles années passées ensemble ;

A Ysalie, Clémence, Chloé, Fanny, Coline, Melchior, et Victoire, mes camarades de promotion, mes amis, qui sont devenus une seconde famille. MERCI pour votre aide et vos encouragements. MERCI pour les soirées, les chorégraphies, les vacances, les « balades ». MERCI pour ces moments de rire, de pleurs, de joie, d'amour qui m'ont permis de mieux vivre ces années à BEB ;

A Amandine et Olivia, nos mamans de cœur, pour votre soutien indéfectible envers vos Pioupious ;

A mes parents, pour votre amour, et votre incroyable patience avec moi. Vous avez toujours cru en vos enfants, et vous nous avez toujours permis de suivre nos rêves ;

A mes sœurs, Emilie et Isabelle, merci d'être toujours là pour moi « *you don't always see them, but they're always there* ».

Table des matières

Liste des abréviations.....	- 1 -
1. Introduction.....	- 3 -
2. Matériel et méthodes.....	- 7 -
2.1. Méthode.....	- 7 -
2.1.1. Règlementation	- 7 -
2.1.2. Population	- 7 -
2.1.3. Recrutement des patientes	- 7 -
2.2. Recueil de données	- 8 -
2.2.1. Construction de la grille d'entretien	- 8 -
2.2.2. Déroulement des entretiens.....	- 8 -
2.3. Analyse des données	- 9 -
2.4. Forces et limites de l'étude	- 9 -
3. Résultats et analyse.....	- 13 -
3.1 La perception par les patientes de leur périnée dans les suites de l'accouchement ...	- 14 -
3.1.1. Le souvenir de l'accouchement	- 14 -
3.1.2. Souvenir du post-partum immédiat	- 15 -
3.2. Vécu du retour à la maison.....	- 17 -
3.2.1. La douleur.....	- 17 -
3.2.2. Relation avec bébé	- 18 -
3.3. Et maintenant ?	- 20 -
3.3.1. Le quotidien, le travail	- 20 -

3.3.2. Restrictions.....	- 22 -
3.4. Prise en charge par les professionnels	- 24 -
3.4.1. Première fois que les gênes ont été abordées avec un professionnel.....	- 24 -
3.4.2. La prise en charge des douleurs	- 27 -
4. Discussion.....	- 31 -
4.1. Prévention des douleurs périnéales en anténatal	- 31 -
4.2. Prévention des douleurs périnéales en per-natal.....	- 32 -
4.3. Prévention des douleurs périnéales en postnatal	- 34 -
Conclusion.....	- 39 -
Références bibliographiques.....	- 41 -
Annexes.....	
Résumé	

Liste des abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens

ALD : Affection de Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

APD : Analgésie Péridurale

AVB : Accouchement Voie Basse

CHB : Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPP : Comité de Protection des Personnes

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

HDD : Hémorragie De la Délivrance

LOSA : Lésions Obstétricales du Sphincter Anal

NP : Niveau de Preuve

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SA : Semaine d'Aménorrhée

VPN : Visite Post-Natale

1. Introduction

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». Cette dernière partie implique que peu importe si la lésion est réelle ou non, elle ne modifiera pas le ressenti de la douleur. Il existe également d'autres composantes liées au vécu de la personne. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la douleur chronique se décrit de plusieurs manières, la persistance de la douleur au-delà de trois mois est l'une des caractéristiques (1).

Bien que peu de mères se confient après leur accouchement sur d'éventuelles douleurs périnéales, nous avons rencontré, lors de nos stages, des femmes pour qui une gêne s'était installée dans leur quotidien. Cet inconfort persistait au-delà du post-partum, c'est-à-dire la période allant de l'accouchement au retour de couches (réapparition des règles). Cette durée est variable, en l'absence de traitements oestroprogestatifs et d'allaitement maternel, elle dure environ six à douze semaines (2).

Les femmes rencontrées présentaient des douleurs résiduelles parfois plusieurs années après leur accouchement. Elles se sentaient gênées au cours de mobilisation, ou lors de rapports sexuels avec leur partenaire.

Les douleurs périnéales font parties des principales physiopathologies du post-partum selon le rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de 2002 (3). Les lésions périnéales (épisiotomies, déchirures périnéales et/ou vaginales et/ou des organes génitaux externes, et éraillures) sont les principales causes de ces douleurs.

Il existe une terminologie française des différentes douleurs périnéales (4) :

- ✓ Une douleur périnéale est une douleur ressentie entre la fourchette vulvaire et l'anus ;
- ✓ Un syndrome douloureux périnéal se définit par une douleur permanente ou intermittente, en l'absence de pathologie périnéale ou d'infection prouvée ;
- ✓ Une douleur périnéale chronique est définie par un seuil d'au moins six mois d'évolution (5).

Ces douleurs pelvi-périnéales peuvent être :

- ✓ Nociceptives : c'est la forme la plus fréquente de douleur. Les nocicepteurs sont les récepteurs spécialisés dans la transmission du signal douloureux. La douleur est la réponse à une stimulation de ces nocicepteurs sans lésions du système nerveux.
- ✓ Neuropathiques : elle est secondaire à une lésion du système nerveux périphérique ou central. Elle est décrite comme des brûlures, des douleurs paroxystique (coups de poignards, décharge électrique), et s'accompagne souvent de dépression et d'anxiété.
- ✓ Mixtes : ce sont les douleurs qui comprennent des éléments de nociception et des éléments neuropathiques (6).

Dans leur revue de la littérature, C. Morin et M.C. Leymarie explique que le syndrome algique périnéal est courant dans les suites de couches, la douleur étant généralement majorée dans le post-partum immédiat, cependant des gênes voire des douleurs importantes peuvent persister par la suite. A deux semaines du post-partum, 40% des femmes ont encore des douleurs, et 20% sont toujours douloureuses à deux mois (7). L'étude de Glazener et al. rapporte la persistance de douleur périnéale pour 10% des femmes entre douze et dix-huit mois du post-partum (8).

Dans leur étude sur le dépistage des douleurs secondaires à un accouchement par voie basse, A. Khoon-Yam et al. retrouve que 43,9% des mères présenteraient encore des douleurs au niveau périnéal trois mois après leur accouchement. La multiparité, une courte durée de travail à dilatation complète et un périnée intact seraient des facteurs protecteurs des douleurs périnéales. Avec le temps, les femmes sont de moins en moins nombreuses à ressentir des douleurs, et l'intensité diminue également (9).

Dans son mémoire sur la fréquence des douleurs périnéales secondaires à un accouchement voie basse, N. Barthélemy reprend différentes études menées en post-partum immédiat (10). Il en ressort que l'extraction instrumentale provoque plus de douleurs qu'un accouchement simple, et d'autant plus pour le forceps comparé à la ventouse (11). L'épisiotomie est plus douloureuse que la déchirure naturelle, c'est pour cela que le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) la recommande de manière restrictive. La technique de suture a aussi un impact sur les douleurs et les dyspareunies dans les suites de couches. En effet, il est conseillé de pratiquer un surjet continu avec du fil résorbable car cette technique, également appelée un fil un nœud, permettrait de réduire les douleurs et l'inconfort par rapport aux points séparés. Enfin, le CNGOF recommande l'utilisation de Paracétamol et

d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), lors de l'hospitalisation en maternité, afin de diminuer l'intensité des douleurs (12).

La douleur au niveau périnéal est courante chez les jeunes mères, mais si elle persévère, elle peut interférer dans leur quotidien. Cette douleur peut provoquer des gênes pour s'asseoir, pour changer de position, pour porter certains types de sous-vêtements ou de vêtements, ou encore utiliser des protections hygiéniques. Elle a aussi un impact sur la vie de couple, notamment sur la sexualité. De manière générale, à quatre mois du post-partum, une majorité de femmes ressentent un inconfort physique et une insatisfaction lors de la reprise des rapports sexuels (13). Lors du rapport de 2002, l'ANAES reprend l'étude de Bethet qui prouve que les dyspareunies sont principalement causées par les douleurs périnéales (3). Elles seront majorées par l'angoisse lors de la reprise des rapports sexuels. En effet, la cicatrice est généralement encore sensible, et indurée, ce qui peut provoquer des douleurs lors de la pénétration.

La relation de la mère avec son bébé peut elle aussi être altérée, le nouveau-né est totalement dépendant de la disponibilité de sa mère, et de son état de santé. Celle-ci n'est pas toujours en capacité de répondre pleinement aux besoins de son enfant à cause de son inconfort périnéal.

Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur de 2006-2010 (14), prévoyait une meilleure reconnaissance de la douleur de la part des soignants, et surtout leur formation à son évaluation et sa prise en charge. Il semblait, selon les études, que la douleur était sous-estimée et le traitement mal adapté. En effet, la reconnaissance de la douleur par le professionnel de santé est essentielle pour la bonne prise en charge du patient. Il ne faut pas oublier de prendre en compte la dimension psychique de la douleur, qui peut être responsable, si elle persiste, de dépression ou d'angoisse. Ainsi, une femme qui exprime une gêne au niveau périnéal lors de sa visite post-natale ou de sa rééducation peut déjà être prise en charge pour douleur chronique.

Encore faut-il que la patiente ose parler de ses douleurs, car le périnée est un sujet tabou, c'est une partie peu connue du corps de la femme. Généralement, les femmes qui n'en parlent pas invoquent pour motif le manque de temps, le fait qu'elles pensaient que ça allait passer. La plupart tentent de se soulager par leur propre moyen (9).

Dans cette étude, nous avons souhaité étudier l'impact de ces douleurs périnéales qui persistent sur le long terme après un accouchement. L'objectif principal étant de comprendre, à partir d'entretiens individuels, la façon dont les femmes vivent cette douleur au quotidien et les moyens mis en place pour l'éviter. Le fait d'avoir un retour sur leur vécu individuel permettra

d'avoir un meilleur suivi, plus axé sur cette douleur pour mieux la dépister et la prendre en charge.

2. Matériel et méthodes

2.1. Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative avec des entretiens semi-directifs et anonymisés.

2.1.1. Règlements

Pour réaliser l'étude, nous avons interrogé des patientes sur des données de santé, ainsi elle rentre dans le cadre de la Recherche Impliquant la Personne Humaine, non interventionnelle (RIPH3), et dans la loi Jardé. Sa validation a été soumise au Comité de Protection des Personnes (CPP). Notre dossier rempli a été envoyé le 10 avril 2020.

Nos synopsis et protocole de recherche ont été validés par l'équipe pédagogique du site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse.

Les entretiens ont été anonymisés.

2.1.2. Population

La population cible était des femmes ayant accouché il y a environ un an, tout type d'accouchement confondu, avec ou sans lésions périnéales, avec ou sans suture, primipare ou multipare, et qui présentaient des douleurs/gênes périnéales apparues après l'accouchement.

Les critères de non-inclusion étaient les nullipares, les femmes n'ayant plus ou pas de douleurs résiduelles au moment de l'étude, et celles étant atteintes de pathologies type endométriose. Les femmes ne parlant ou de comprenant pas bien le français ont également été exclues dans un souci de compréhension mutuelle.

Le critère de sortie d'étude était la présence de douleur/gêne périnéale non résiduelle de l'accouchement, qui était déjà présente avant l'accouchement ou bien déclenchée par un événement précis après celui-ci mais non lié.

2.1.3. Recrutement des patientes

Pour contacter les patientes, nous sommes passés par l'intermédiaire des professionnels de santé du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse, ainsi que ceux autour de Villefranche sur Saône. Nous avons contacté des sages-femmes libérales, des médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens et les pédiatres du CHB.

Nous leur avons transmis un document à destination des patientes (annexe 1), qui se composait de deux parties. La première expliquait brièvement notre étude, avec nos coordonnées. La deuxième était détachable et à remplir par la patiente avec ses coordonnées si elle était d'accord pour que nous la contactions par téléphone afin de lui expliquer un peu plus en détail l'étude.

Si la patiente donnait son accord par téléphone, nous fixions ensemble un rendez-vous pour réaliser l'entretien, et nous lui envoyions par mail la note d'information à l'attention des patientes qui faisaient partie des documents à transmettre obligatoirement dans le cadre de la RIPH3 (annexe 3).

Au vu du peu de patientes que nous avons pu recruter par cette méthode, nous avons décidé de contacter les associations locales, départementales et nationales de sages-femmes libérales, afin que notre message soit diffusé plus largement.

De plus, nous avons également modifié nos critères d'inclusion, notamment en augmentant la période où les patientes pouvaient être recrutées : il fallait qu'elles aient accouché au moins quatre mois auparavant, et sans date maximum, tant que les gênes étaient présentes.

2.2. Recueil de données

2.2.1. Construction de la grille d'entretien

Nous avons réalisé des entretiens individuels et semi-directifs en suivant notre trame d'entretien qui se composait de quatre grandes parties (annexe 4).

L'entretien commençait par quelques informations générales sur le type d'accouchement, la parité et l'éventuelle existence de gênes préexistantes avant l'accouchement. Ensuite nous abordions le vécu de l'accouchement, celui du post-partum immédiat durant le séjour en maternité, et par la suite le retour à la maison jusqu'au jour de l'entretien. Enfin, nous terminions avec la prise en charge par les professionnels de santé.

2.2.2. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés du 17 juillet 2020 au 11 février 2021 soit une période de sept mois.

Ils se sont tous déroulés de la même manière : première approche par le professionnel de santé, puis appel téléphonique de notre part pour expliquer l'étude et fixer la date de l'entretien, et enfin réalisation de l'entretien par appel téléphonique du fait de la crise sanitaire.

Avant de commencer la discussion, les patientes étaient informées que nous enregistrions de manière anonyme l'entretien afin de pouvoir le retranscrire par la suite, et qu'une fois cela fait, l'audio serait supprimé. Les entretiens ont été anonymisés en ne gardant qu'un faux prénom.

Nous avons arrêté le recrutement lorsque les données étaient saturées c'est-à-dire au onzième entretien.

2.3. Analyse des données

La méthode choisie est celle de l'analyse du contenu thématique.

Nous avons commencé par analyser chaque entretien de manière verticale, c'est-à-dire le vécu individuel par rapport aux thèmes. Puis nous avons réalisé une analyse horizontale, c'est-à-dire les différents vécus par rapport au thème. Et enfin, nous avons fait une analyse interprétative pour expliquer l'articulation des thèmes entre eux afin de mieux comprendre le vécu de ces femmes (annexe 5).

2.4. Forces et limites de l'étude

Tout d'abord, nous avons rencontré des difficultés dans la constitution de notre population. Un des obstacles fut de contacter des professionnels intéressés par le thème de notre étude, et qui étaient enclin à nous aider dans le recrutement de notre échantillon. Nous avons également eu des difficultés à obtenir un nombre suffisant de patientes prêtes à répondre à nos questions. (cf tableau ci-après).

Dix sur onze des entretiens ont été réalisés par l'intermédiaire d'une sage-femme libérale, ce qui représente un biais de recrutement car les patientes étaient presque toutes en cours de prise en charge pour leur douleur périnéale. Ces patientes avaient fait un premier pas dans la prise de conscience de leur gêne, et étaient dans une démarche d'amélioration de leur situation.

A l'origine, nous souhaitions nous entretenir avec des patientes ayant des caractéristiques d'accouchement variées. Nous n'avons pas pu avoir de patientes ayant accouché par césarienne, même si deux des patientes interrogées avaient un antécédent d'utérus cicatriciel, celles-ci ne présentaient pas de douleur résiduelle à la suite de leur césarienne. Nous n'avons également

pas pu interroger de patientes ayant eu un périnée intact à la suite de leur accouchement, toutes avaient eu une déchirure et/ou une épisiotomie, qui avait été suturée. Une seule de nos patientes a accouché sans péridurale, mais elle a bénéficié d'une rachianesthésie pour la réparation de sa déchirure.

Nous souhaitons également nous entretenir avec des patientes qui avaient des gênes périnéales à la suite de leur accouchement depuis plusieurs années. Nous n'avons eu qu'une seule patiente qui répondait à ce critère. Son premier accouchement avait eu lieu deux ans auparavant, et elle était sur le point d'accoucher de son deuxième enfant.

Un autre biais réside dans l'analyse du contenu. En effet tous nos entretiens ont été réalisés par téléphone, au départ car les premières patientes préféraient ce moyen, à cela s'est rajouté la crise sanitaire. Nous n'avons donc pas pu interpréter la gestuelle des patientes, toute la partie non-verbale de l'entretien. De plus, nous n'avons pas évoqué les temps de pause, les hésitations, ou le contexte avant de commencer l'entretien.

Les exemples choisis pour illustrer nos propos peuvent parfois sembler subjectifs, car sortis de leur contexte, mais ils ont été sélectionnés et interprétés selon notre subjectivité personnelle. Certains témoignages nous ont certainement plus marqué que d'autres, nous avons peut-être plus insisté dessus, mais cela fait partie de l'analyse qualitative individuelle.

Une lecture par un tiers nous aurait possiblement apporté un nouveau point de vue sur d'autres éléments d'analyse, toutefois, nous avons réalisé les entretiens, nous les avons retranscrits, puis relu plusieurs fois à distance, il est peu probable que des éléments majeurs des témoignages nous aient échappé.

Nombre de professionnels contactés	Médecin généraliste : 3
	Internes des urgences gynécologiques du CHB : 4
	Gynécologues du CHB : 9
	Pédiatre du CHB : 8
	Ostéopathe : 1
	Sages-femmes libérales : 11
	Associations de sages-femmes : 3 Association Nationale des Sages-Femmes Libérales Ordre des sages-femmes de l'Ain Association des sages-femmes de l'Ain
Nombre de professionnels ayant contribué	6
Nombre de patientes contactées	14
Nombre d'entretiens réalisés	11

3. Résultats et analyse

Nos onze entretiens se sont déroulés entre quatre mois et deux ans de post-partum, avec une moyenne de huit mois. Ils ont duré de huit minutes à quarante minutes avec une moyenne de vingt-cinq minutes.

Nous avons choisi de présenter les différentes caractéristiques des patientes sous forme de tableau. Les prénoms des patientes ont été modifiés pour garder l'anonymat.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population interrogée

	Type d'accouchement	Lésions	Suture	Parité	Temps écoulé depuis l'accouchement	Gênes préexistantes avant l'accouchement
Marjorie	AVB + APD	Épisiotomie + déchirure	Oui	Ip	2 ans	Manque de lubrification au niveau vaginal
Léa	AVB + Forceps + APD	Épisiotomie	Oui	Ip	1 an	∅
Manon	AVB + APD	Déchirure	Oui	IVp	9 mois	∅
Lucia	AVB	Déchirure	Oui + rachi	IIIp	7 mois	∅
Hélène	AVB + Spatules + APD	Épisiotomie	Oui	Ip	8 mois	∅
Nina	AVB + APD	Déchirure	Oui	Ip	9 mois	∅
Tiphaine	AVB + Forceps + APD	Épisiotomie	Oui	IIp	4 mois	∅
Ambre	AVB + Forceps + HDD + APD	Épisiotomie	Oui	Ip	11 mois	∅
Marie	AVB + HDD + APD	Déchirure	Oui	IIp	4 mois	∅
Emeline	AVB + ventouse + APD	Déchirure	Oui	Ip	6 mois	Dyspareunies primaires
Annabelle	AVB + APD	Déchirure	Oui	IIp	4 mois	∅

Nous allons présenter nos résultats en divisant les réponses en quatre grandes parties :

- Dans un premier temps, nous parlerons de la perception par les patientes de leur périnée dans les suites de l'accouchement ;
- Dans un second temps, nous aborderons le vécu des douleurs périnéales au retour à la maison ;
- Dans un troisième temps, nous parlerons du quotidien de ces mères ;
- Pour finir, nous traiterons de la prise en charge par les professionnels de santé.

3.1 La perception par les patientes de leur périnée dans les suites de l'accouchement

3.1.1. Le souvenir de l'accouchement

Six de nos patientes étaient des primipares, celles-ci n'avaient pas de point de comparaison par rapport aux multipares, telles que Manon qui nous a dit « *pour un quatrième ça a été super long* ».

Pour la plupart des patientes interrogées, l'accouchement reste encore un souvenir douloureux, en effet sept patientes sur onze racontent « *le travail a été long et très douloureux* », « *pas très bon souvenir* », « *C'est une catastrophe !* », « *la péridurale agissait pas du tout* ».

Cinq d'entre elles ont donné naissance à leur enfant à l'aide d'instruments, comme Hélène, pour qui il a été nécessaire d'utiliser des spatules et qui raconte « *j'ai eu l'impression que je sais pas, comme si tout était sorti d'un seul coup, [...] c'était plus une sensation de surprise* ».

En 2018, dans son étude sur la reprise des rapports sexuels après extraction instrumentale, Z. Porte explique que le vécu des femmes vis-à-vis de leur accouchement impacte énormément leur perception et leur tolérance à la douleur (15). En effet, on peut supposer qu'une femme qui garde un mauvais souvenir de son accouchement, aura plus de mal à se remettre de ses douleurs par la suite. Elle se rappellera à chaque regard pour son enfant l'épreuve qu'elle a traversé, qui a laissé des traces physiques sur son corps, mais aussi psychologiques.

Toutes les femmes présentaient des lésions à la suite de leur accouchement. Quatre ont eu une épisiotomie, six une déchirure, et l'une d'elles a eu une déchirure et une épisiotomie, qui ont

toutes été suturées. Ambre qui a eu une épisiotomie nous dit « *ça a été dur, enfin surtout moi l'épisio, parce que [...] j'avais beaucoup de peur par rapport à ça* ». Marie nous raconte « *j'ai tout ressenti, c'est ça qui m'a un peu plus choqué* ».

Pendant la suture, dans l'ensemble les patientes étaient soulagées au niveau de la douleur, sauf Manon qui n'était pas assez anesthésiée : « *j'ai tout sentie [...] je sentais tous les passages de l'aiguille* », le médecin lui avait proposé de s'arrêter pour la réanesthésier, mais elle a préféré qu'il finisse sans.

L'analgésie durant la réfection d'une déchirure ou d'une épisiotomie est essentielle pour réduire les douleurs en post-partum immédiat. Dans leur étude sur l'intérêt de l'infiltration de Ropivacaine lors de la suture d'une épisiotomie ou d'une déchirure, S. Sillou et al concluent sur son efficacité dans la réduction des douleurs périnéales durant les 24 premières heures après l'accouchement (16). Dans une étude similaire, P.C. Nze Obiang et al concluent également que l'utilisation du bloc pudendal en analgésie permet une diminution des douleurs au repos, à la marche et en position assise, mais aussi une diminution de la consommation d'antalgique durant les deux premiers jours (17).

On comprend alors que les femmes qui ont pu bénéficier de ces solutions ont un meilleur vécu des premiers jours en suites de couches. Être soulagées au niveau de la douleur permet aux mères d'être plus concentrées sur leur nouveau-né.

3.1.2. Souvenir du post-partum immédiat

Pour la majorité de nos patientes, les douleurs sont apparues dès le séjour en suites de couches : « *C'était un tout, un inconfort, des gênes, des douleurs* », « *c'était douloureux, c'était pas confortable quand même, c'est pas très agréable* », « *après c'était catastrophique* ».

Ce qui les gênait le plus était la douleur lors des mobilisations : « *ça me gênait pour m'asseoir. C'était très douloureux* », « *je m'attendais pas à ce que ce soit si, enfin handicapant c'est un grand mot, mais ouais, si gênant, pour se mobiliser* », « *quand je savais que je devais aller aux toilettes c'était l'angoisse, c'était vraiment l'angoisse, mais oui marcher, m'asseoir, m'allonger, c'était horrible !* ».

Deux des patientes ont également eu le sentiment que leur douleur n'a pas été prise en charge correctement à l'hôpital, que malgré leurs plaintes, le personnel n'était pas à leur écoute. Emeline raconte « *on m'a pas du tout donné de choses pour me soulager, enfin à part du*

Doliprane, j'ai même pas eu de glace », et Manon « j'avais mal mais on me disait « c'est les tranchées, c'est votre 4^{ème} », c'est assez violent ».

Dans leur étude sur la prise en charge de la douleur après lésions périnéales, L. Urion et al rapportent que la prescription d'AINS associé au paracétamol, en suites de couches, devrait être systématique chez les patientes ayant eu une épisiotomie. De plus, l'information donnée pendant la grossesse sur les douleurs du post-partum diminue la douleur le moment venu (18). Si les patientes sont informées que les douleurs sont courantes et physiologiques après l'accouchement, alors elles les comprennent et les gèrent mieux. Elles ont le sentiment d'être mieux prises en charge par les professionnels de santé.

Des traitements non médicamenteux existent afin de soulager ces douleurs périnéales, tels que le froid, la glace, le chaud, ou bien l'homéopathie. En 2007, Steen M et al rapportent que les traitements refroidissants soulagent la douleur comparés à l'absence de traitement. Les femmes se sentaient également plus entendues vis-à-vis de leur douleur lorsqu'on leur proposerait des alternatives non médicamenteuses (19).

Certaines mamans ont donc eu des difficultés à s'occuper de leur enfant, à être autonome, comme Marjorie « *je n'ai pas pu faire les premiers soins avec la puer à mon fils [...]. Ça avait été un coup dur pour moi ça* », ou bien pour Hélène « *pour l'allaitement bah c'était un peu compliqué* », ou Ambre « *je ne pouvais pas vraiment m'en occuper, parce que dès que je bougeais ça me faisait mal* ».

Les premiers jours, le concept de « *maternage* » se met en route avec le processus d'attachement du nouveau-né à sa mère. En effet, durant les premiers temps, le nourrisson a des besoins physiologiques tels que le besoin de propreté ou d'alimentation. En retour, la mère répond par le maternage en mettant au propre, et en nourrissant son enfant. Dans ces instants, une communication mère-bébé se mettra en place par le regard, le toucher, la parole. Les deux protagonistes vont apprendre à se connaître, se reconnaître. Ces moments sont d'une importance capitale pour la mise en place du lien mère-enfant (20).

Chez nos mères, on constate que le maternage a eu plus de mal à être initié, du fait des douleurs périnéales. En effet, elles se sont retrouvées en difficulté pour accéder aux besoins physiologiques de leur enfant. En somme, le souvenir de ses premiers jours avec leur enfant semble perturbé par leurs douleurs invalidantes.

3.2. Vécu du retour à la maison

3.2.1. La douleur

Huit patientes sur onze rapportent avoir eu des douleurs au niveau de la cicatrice. Pour la plupart, cela se traduisait par une gêne tout au long de la journée « *quand ça cicatrise, ça se met à gratter, à se tendre* », « *j'avais l'impression en termes de sensation que y'avait un point peut être trop serré ou quelque chose qui me serrait trop fort* ».

Pour Tiphaine, la douleur était insupportable, elle parle d'« *une douleur ultra vive, au niveau de l'épisiotomie, et là ça a été catastrophique ! [...] c'était une douleur à l'intérieur qui était insupportable mais vraiment vraiment insupportable, au point de ne pas pouvoir me lever, m'asseoir, me coucher, me bouger, alors pour allaiter le bébé ça a été une catastrophe ! [...] J'avais l'impression qu'on me lacérait en bas. J'avais l'impression d'avoir des couteaux en permanence, je suis même retournée aux urgences. [...] je pleurais toute la journée de douleur* ».

Dans son discours, on entend une certaine détresse. Elle explique être allée plusieurs fois aux urgences sans qu'aucune étiologie à sa douleur n'ait été retrouvée. Elle essayait de demander de l'aide mais en vain. Elle a subi ces douleurs intenses et insupportables pendant trois semaines. On peut alors imaginer la difficulté physique et psychologique que ces moments ont impliqué. En ces termes, la patiente a par la suite mentionné un « traumatisme » lié à ses douleurs pourtant disparues depuis. Par ailleurs, elle ressent le besoin de parler de son vécu à un psychologue pour parvenir à passer à autre chose : « *c'est plus maintenant un choc psychologique, il faut que j'aille voir un psy d'ailleurs, parce que je pense que, ... ça remonte beaucoup en faites* ».

De plus, l'accouchement a aussi été source d'incontinence urinaire, notamment pour Lucia « *j'ai eu des petites incontinences juste après, environ 1 mois* », et Marie « *quand je rigolais et ben j'avais du mal à retenir* ».

D'après la littérature, il semble que l'incontinence urinaire soit physiologique en post-partum, elle diminuerait de manière spontanée dans les trois premiers mois après l'accouchement avec un taux de rémission de 85% sans aucune intervention (NP1). Puis de manière naturelle, le taux d'incontinence augmenterait à nouveau dans les années qui suivent (21).

La reprise du transit et notamment le retour à la selle ont également été sources d'un inconfort chez plusieurs patientes. Marjorie racontait « *là où c'était le plus difficile pour moi, c'était*

vraiment d'aller à la selle parce que j'avais un inconfort ». Aller aux toilettes en général « *ça c'était horrible !* » pour Emeline, qui ajouta « *pendant bien 1 mois, je pense que j'ai eu du mal à avoir un transit régulier* ».

Le fait qu'il y ait eu une lésion, que ce soit une déchirure ou une épisiotomie, a engendré de la peur, les patientes craignaient que la suture lâche en allant à la selle par exemple. Marjorie nous dit « *on a un peu cette crainte [...] les premiers jours et même les premières semaines pour aller à la selle j'osais pas trop car j'avais peur que ça se rouvrent au niveau des points [...] on n'ose pas pousser, on a tellement poussé pour l'accouchement en plus* ». Emeline avait également cette appréhension « *j'avais vraiment trop peur que ma cicatrice, enfin que la couture lâche* ».

Cette peur est souvent évoquée dans les services de suites de couches, les mères appréhendent ce moment de retourner à la selle. Plusieurs facteurs favorisent cette peur, d'une part le fait qu'il y ait eu une lésion périnéale, et qu'elle ait été suturée. Les femmes sentent que les points sont douloureux lorsqu'elles bougent, qu'elles s'assoient. D'autre part, une fois assises, il faut attendre un peu l'exonération. Pour cela, elles sont rarement dans la bonne position, c'est-à-dire les pieds relevés sur un marchepied, pour avoir les genoux au-dessus des hanches et favoriser le bon axe du rectum. La plupart essaie de pousser pour faire sortir les selles, ce qui peut également leur déclencher des douleurs au niveau de leur cicatrice. Enfin pour éviter la constipation, il faut boire beaucoup d'eau, et aller aux toilettes dès que l'envie s'en fait ressentir, ce qui peut également poser problème avec un nourrisson. Les mères ont tendance à s'oublier, et ne pas écouter leur corps.

3.2.2. Relation avec bébé

Les conséquences des douleurs périnéales sont multiples, et peuvent notamment impacter la capacité des mères à répondre aux besoins de leur nourrisson, et à les allaiter. Une étude a montré que cette douleur peut interférer sur la mise en place du lien mère-enfant et sur la santé mentale des mères (22).

En effet, le retour à la maison a parfois été source de difficulté pour s'occuper de bébé. Ambre nous disait « *je ne pouvais pas vraiment m'en occuper, parce que dès que je bougeais ça me faisait mal* ». Emeline nous raconte « *au retour à la maison, j'ai mis de la glace pour me soulager, mais fallait que je reste couchée, donc s'occuper d'un bébé c'était pas facile [...] J'arrivais même pas à m'occuper de mon bébé, enfin j'arrivais pas à me lever pour le prendre, enfin personne m'a dit ça !* ».

Emeline a très mal vécu le retour à la maison, elle a eu le sentiment que sa douleur n'avait pas du tout été entendue par l'équipe soignante de l'hôpital. Chez elle, elle s'est sentie rassurée par la visite de son amie sage-femme libérale qui est venue faire son suivi du post-partum. Lors de l'entretien, elle s'est souvenu avoir été désemparée par son impuissance face à ses douleurs, et par le manque d'information qu'elle avait reçu à ce sujet. Elle aurait aimé être informée beaucoup plus tôt sur les éventuelles douleurs après un accouchement, et la difficulté qu'elles pouvaient engendrer pour s'occuper d'un nouveau-né.

Pour Tiphaine, la douleur s'est réveillée juste après le retour à la maison, elle était insupportable, elle ne pouvait pas s'occuper de son bébé ni d'elle-même, elle nous dit : « *pour allaiter bébé ça a été une catastrophe [...] j'ai préféré rester chez ma mère 3 semaines, comme un bébé chez sa maman* ». En effet, son mari étant au travail la journée, sa mère était la seule personne qui pouvait s'occuper d'elle et de son nouveau-né.

Manon avait des douleurs insupportables depuis qu'elle avait été consulté un chirurgien, elle raconte : « *moi je vais pas bien mais le bébé il va pas bien non plus, il a hurlé pendant 4 mois, enfin j'ai jamais connu ça avec les autres [...] l'allaitement ça a été compliqué, il ne dormait pas, il hurlait toute la journée, [...] tout un ensemble compliqué, bébé et moi* ».

Dans la relation mère-bébé, on peut observer une certaine synchronie, c'est-à-dire que la mère et l'enfant se répondent mutuellement, et s'ajustent l'un à l'autre. L'enfant est une sorte de reflet de sa mère, c'est ce que D. Stern a appelé « *l'accordage affectif* » (23). Dans notre cas, Manon l'exprime assez bien, puisqu'elle fait le lien entre les pleurs à répétition de son nourrisson et son mal-être. L'enfant interprète la douleur, l'anxiété, et le renvoie à sa mère par des pleurs, des cris, des insomnies. C'est un cercle vicieux, la mère a du mal à se reposer, elle est fatiguée, la douleur est exacerbée, et l'enfant réagit d'autant plus violemment.

Enfin, on note que l'entourage a été un soutien pour ces mères qui souffraient. Comme pour Emeline qui a pu bénéficier du soutien de son conjoint pendant les premières semaines « *je l'ai allaité [...] mon mari me l'apportait [...] je disais à mon mari « tu me préviens quand y'a l'heure de la tétée » [...] par chance, comme j'ai accouché au mois d'août, mon mari a pu prendre 3 semaines de congés [...] je sais pas comment j'aurais fait autrement* ».

Le père est un réel appui pour la dyade mère-enfant, et notamment en cas de difficulté maternelle. Il est là pour contenir les peurs, les angoisses, les turbulences émotionnelles de cette relation. Du fait de son regard extérieur, il peut identifier une souffrance dans le lien lorsqu'elle se présente. Il a aussi une fonction de pont, c'est-à-dire qu'il protège la dyade, avant d'être celui

qui la sépare. Le père est avant tout celui qui permet le lien, il va favoriser la rencontre et l'attachement entre la mère et l'enfant. Il va protéger la bulle mère-enfant, et introduit la notion de triade (24).

3.3. Et maintenant ?

3.3.1. Le quotidien, le travail

Pour huit patientes sur onze, les douleurs au quotidien ont complètement disparu : « *en temps normal je n'ai plus de douleur* », « *sur le quotidien j'ai pas de douleur particulière* », « *Maintenant bah ça va mieux hein, j'ai plus de douleur de cicatrice* ».

Cependant pour la majorité, il est difficile de retrouver une vie de femme, de mère, et de reprendre une vie de couple comme avant : « *c'est bizarre de ne pas retrouver son corps d'avant* », « *c'est gênant pour la vie du quotidien, [...] on a une vie de mère, mais je pense qu'il faut aussi retrouver un peu sa vie de femme mais c'est compliqué quand on n'est pas confortable* », « *c'est une situation, dure à vivre pour soi, pour son conjoint* », « *je me sens toujours pas revenue à la normale* ».

Pour Manon, les douleurs sont plus présentes que jamais et impactent énormément sa vie et son travail : « *je dors pas la nuit donc c'est un cercle vicieux [...] On va dire que pour l'instant je subis plus mon quotidien qu'autre chose... [...] c'est sûr que c'est fatiguant de vivre avec la douleur tout le temps, c'est pénible quoi, on ne profite pas des moments comme on devrait profiter, parce que y'a toujours cette douleur [...]* ». Concernant la reprise du travail, elle nous dit « *y'a des jours où c'est très compliqué, c'est surtout l'appréhension de me dire que je ne vais pas y arriver* ».

Pour cette mère, les douleurs au quotidien sont vraiment très difficiles à vivre. Elle semble épuisée, entre son travail et sa vie de famille, les journées sont longues et rudes. Elle ne sait toujours pas pourquoi elle a autant de douleurs. Elle nous a expliqué durant l'entretien avoir eu de fortes douleurs lorsqu'elle faisait sa rééducation avec la sage-femme libérale, elle lui a parlé d'un point douloureux plutôt vers le pubis « *comme si j'avais un hématome, un gros hématome au niveau du pubis* ». Elle est allée consulter sa gynécologue, puis un chirurgien pour avoir un avis, savoir s'il y avait une explication à sa douleur et qu'elle puisse se soigner. Malheureusement, aucune cause n'a été retrouvée, au contraire, sa consultation avec le chirurgien n'a fait qu'empirer les choses. Au moment de l'entretien, elle nous dit même « *là je*

sature », et pourtant, elle trouve encore la force de continuer à se battre contre ses douleurs « *j'essaie de relativiser, parce que sinon je fais quoi ? Je pleure toute la journée ?!* ».

Pour Hélène, c'est le fait de reprendre le travail qui a révélé qu'elle avait toujours des gênes au niveau périnéal : « *j'ai une sensation d'induration [...] le fait de reprendre le travail [...], de penser à autre chose qu'au bébé, je me suis rendu compte qu'en fait c'était pas complètement réglé [...] c'est pas vraiment une douleur mais c'est une sensation gênante [...] c'est plus le fait de reprendre une vie active, normale entre guillemets que ça a réveillé certaines douleurs après* ».

En effet, après la naissance de son enfant, la mère se concentre uniquement sur lui, sur ses besoins émotionnels et physiologiques, c'est ce que Winnicott a appelé « *la préoccupation maternelle primaire* ». Elle est elle-même favorisée par « *la transparence psychique* », décrite par M. Bydlowski. C'est un conditionnement naturel de la mère pour qu'elle puisse s'adapter au mieux aux besoins de son bébé (25). Seulement, en investissant leur enfant, les mères se laissent de côté, quitte à ne plus écouter les sensations de leur propre corps. La reprise du travail, c'est le retour à une vie active, mais surtout à une vie qui n'est plus essentiellement focalisée sur bébé. La mère laisse place à la femme, elle est davantage détachée de son enfant pour une partie de la journée, et reprend un rythme de travail. C'est alors que les sensations se réveillent, et que les douleurs peuvent revenir, comme le décrit très bien Hélène.

Pour d'autres le quotidien est impacté par des problèmes d'ordre urinaires. Lucia nous raconte avoir des douleurs : « *quand je me retiens longtemps d'uriner [...] et que je fais ce qu'il faut surtout pas faire, c'est-à-dire pousser, pour faire plus vite pipi, voilà, là je sens que ça me fait mal, c'est pas affreux comme douleur [...] mais je sens qu'au niveau de la cicatrice ça me fait mal* ». Pour Tiphaine, ce sont surtout les fuites qui sont gênantes « *la seule gêne au niveau périnéale c'est que je ne retiens plus mes urines [...] je devais mettre un change complet [...] je ne sentais pas du tout quand j'avais besoin d'uriner* ». Marjorie a gardé une sonde à demeure plusieurs jours lors de son séjour à la maternité. Par la suite, elle a eu du mal à retrouver ses sensations au niveau de la vessie : « *je n'avais plus du tout les mêmes sensations qu'avant d'avoir eu cette saleté de sonde* ». Elle nous expliquait qu'elle allait plus aux toilettes par habitude que par réelle envie. Elle essayait de corriger cela avec la rééducation périnéale.

Enfin, notons qu'aucune des patientes n'avaient repris une activité sportive, huit mois en moyenne après l'accouchement. Certaines du fait de la crise sanitaire et des salles de sport fermées, d'autres par manque d'envie, ou bien parce que les gênes étant encore trop présentes, elles ne se sentaient pas de reprendre. Manon par exemple n'a pas repris ses activités : « *on*

faisait beaucoup de vélo en famille, donc ça par exemple c'est quelque chose que du coup je ne fais pas [...] de toutes façons je m'en sens absolument pas capable ». On peut donc se demander si les femmes qui n'ont plus de gênes au niveau périnéales dans leur quotidien, en auront à la reprise d'une activité physique. Peu de données littéraires ont été trouvées à ce sujet.

Dans l'étude des douleurs périnéales secondaires à un accouchement par voie basse, précédemment citée, 45,5% des femmes présentaient des gênes à trois mois de l'accouchement. Parmi elles, 21 à 48% se sentaient gênées dans leur vie quotidienne, c'est-à-dire leur humeur en général, leurs tâches habituelles, leur sommeil, leur travail, leur relation avec les autres. La douleur périnéale avait également un retentissement sur le transit et la fonction urinaire, et entraînait un inconfort modéré au niveau des rapports sexuels chez 75,2% des femmes douloureuses à trois mois (9).

3.3.2. Restrictions

- Sept patientes sur onze nous rapportent avoir des douleurs lors des rapports sexuels.

A la question : « *avez-vous l'impression d'avoir des restrictions depuis la naissance de votre enfant ?* », la majorité des patientes nous a parlé des rapports sexuels avec leur partenaire.

Selon les études, il y aurait une diminution de la fréquence des rapports sexuels en post-partum comparé à l'activité en pré-conceptionnelle. Celle-ci serait due à des problèmes tels que la douleur, une diminution du désir, ou un manque de lubrification, qui augmenteraient dans les trois premiers mois après l'accouchement (26).

Marjorie nous expliquait qu'avant l'accouchement, elle avait déjà des problèmes de lubrification, et que les rapports sexuels pouvaient être douloureux. Depuis l'accouchement, elle a des déchirures au niveau de la fourchette vulvaire plus ou moins à chaque rapport, et ce malgré l'utilisation de lubrifiant : « *lors de rapports sexuels, j'ai plus ou moins des déchirures à l'entrée du vagin, c'est à vif, ça saigne plus ou moins [...] vu que j'ai des douleurs que quand ça se rouvre après un rapport, après ça met plus ou moins longtemps à se recoller, refermer [...] ça reste quelque chose qui est présent lors des rapports, de façon plus ou moins consciente et plus ou moins importante selon où ça en est au moment du rapport* ».

Lucia est très impactée par ses douleurs : « *en termes de rapports sexuels c'est, ... c'est un cauchemar, euh voilà y'a pas d'autres mots [...] j'ai l'impression de déchirer, que ça se redéchire [...] j'ai beaucoup de chance parce que j'ai un mari compréhensif* ». Tout comme Nina qui nous

dit : « *j'ai mal seulement lors de rapports avec mon conjoint. Là par contre c'est grosse souffrance* » ou bien Marie « *c'était vraiment une douleur mais c'était pas possible, c'était impossible de résister* ».

Comme expliqué précédemment, une douleur non prise en charge va évoluer vers la chronicité et entraîner par la même occasion une mémorisation par le corps de la sensation douloureuse. A force de subir une douleur de manière répétée, le corps va garder en mémoire cette sensation désagréable. Au fur et à mesure des stimulations, la réponse sera de plus en plus rapide et intense (10). Cela signifie que lorsque les patientes ressentent une douleur durant les rapports sexuels, celle-ci sera de plus en plus forte pendant les prochains rapports si elle n'est pas prise en charge rapidement. Dans une étude, Buhling et al. rapportent des douleurs persistantes lors de rapports sexuels plus de dix-huit mois après l'accouchement (27).

Emeline qui avait déjà des dyspareunies primaires nous dit : « *c'était bien plus douloureux après l'accouchement* ». Depuis le début de sa sexualité, elle avait mal durant les rapports, mais n'avait jamais été consulter pour ce motif « *avant l'accouchement, j'ai jamais été suivi là-dessus, enfin j'ai jamais été accompagnée* ».

Pourtant, dans une étude de 2002, il a été dit qu'aucune corrélation n'était retrouvée entre les dyspareunies en post-partum tardif et l'état du périnée. Elles seraient plutôt associées au vécu de l'accouchement, plus qu'à l'éventuelle lésion du périnée (28). Une autre étude de 2009 a cherché à coter les fonctions sexuelles chez deux groupes de femmes, le premier était composé de femmes ayant eu des périnées intacts ou des déchirures ne nécessitant pas de suture, et l'autre groupe était composé de femmes ayant eu des déchirures nécessitant une suture. Finalement, les groupes présentaient une sexualité équivalente à trois mois du post-partum. Néanmoins, les femmes du deuxième groupe rapportaient plus de fatigue qui interférait avec les relations sexuelles, moins de désir et moins de satisfaction durant les rapports (29).

Ambre nous a parlé d'un manque de lubrification depuis l'accouchement « *depuis que j'ai accouché ce qui a changé [...] la lubrification, c'est vrai que ça, ça a changé, c'est pas revenue à la normale [...] c'est compliqué aussi, parce qu'après y'a la partie psychologique qui rentre en ligne de compte, et on sait qu'on va avoir mal, donc euh forcément, on anticipe la douleur, et forcément on a mal* ».

Une étude suédoise datant de 2008 a suivi des femmes ayant eu une épisiotomie sur du long terme. Les auteurs concluent que les patientes présentent un manque de lubrification et des dyspareunies (30). Ce manque de lubrification peut aussi s'expliquer par l'allaitement maternel,

qui, du fait des déséquilibres hormonaux, provoque une diminution des œstrogènes, et donc une sécheresse vaginale (31).

- Trois femmes nous rapportent des douleurs lorsqu'elles ont essayé de mettre un tampon.

Manon nous dit : « *je peux pas, c'est impossible de mettre un tampon par exemple, tout de suite ça va déclencher des brûlures* ». Lucia a voulu essayer des mettre des tampons pour la fin des saignements du post-partum, elle perdait peu de sang et s'est donc dit qu'elle pouvait tenter de remettre un tampon : « *rien que de mettre le tampon, même un tout petit, c'est une douleur mais affreuse* ». Pour Ambre aussi, cela a été la même expérience « *les tampons c'est vrai que [...] j'ai ressenti une petite gêne* ».

On peut imaginer que mettre un tampon, alors qu'il y a encore présence de gênes lors de gestes du quotidien, ou lors de rapport sexuel, soit douloureux. En plus d'engendrer des douleurs, il est déconseillé de mettre des tampons dans les suites de couches car cela favoriserait le risque d'infection génital et notamment utérine. Le col n'étant pas refermé totalement, les germes pourraient remonter jusqu'au corps de l'utérus et l'infecter, provoquant alors une endométrite.

- Deux femmes ont changé leur lingerie

Deux mamans nous ont aussi signalé que leur habitude en termes de sous-vêtements et notamment de lingerie ont changé. Pour Emeline, c'était plutôt pour être plus à l'aise au quotidien « *j'ose plus mettre mes sous-vêtements d'avant [...] je pense que c'est psychologique, parce qu'en soit ça me gêne pas plus que ça* ». Pour Marjorie qui était plus à distance de son premier accouchement, c'était en partie à cause des déchirures qu'elle pouvait avoir à la suite des rapports, dans ce cas-là elle préférait mettre des sous-vêtements dans lesquels elle était à l'aise et qui ne lui ferait pas plus mal au niveau de la déchirure. Elle est aussi sujette aux infections urinaires et donc préférait les sous-vêtements en coton la plupart du temps.

3.4. Prise en charge par les professionnels

3.4.1. Première fois que les gênes ont été abordées avec un professionnel

Deux des patientes ont abordées le sujet des douleurs très rapidement après la sortie de la maternité. Pour Tiphaine, les douleurs sont apparues brutalement une fois rentrée à la maison, elle a été consulter plusieurs fois aux urgences : « *je suis revenue deux fois aux urgences, et deux fois je suis tombée sur le même obstétricien qui m'avait accouché* », et aucun élément n'a été

retrouvé qui aurait pu expliquer une telle douleur. Elle en a ensuite reparlé avec sa gynécologue en libérale lors de la visite post-natale mais la douleur avait nettement diminué depuis.

L'autre patiente est Emeline, qui en a parlé à sa sage-femme libérale dès son retour à domicile : *« j'étais suivi par une amie à moi qui est sage-femme, et qui est venue me suivre après à la maison, mais heureusement qu'elle était là parce qu'à l'hôpital on m'a rien dit »*. Elle a eu le sentiment de ne pas avoir été entendu à la maternité : *« j'ai même pas eu de glace »*, une des seules choses qui l'a soulagé en rentrant chez elle : *« y'avait vraiment que ça, à la maison, qui me permettait de tenir la journée, parce que sinon c'était vraiment l'horreur ! »*.

Ensuite, trois patientes ont abordé leurs douleurs lors de la visite post-natale (VPN), un moment privilégié pour la femme, pour refaire le point sur les éventuelles douleurs. Léa explique : *« Alors lors de la visite post-natale, c'était un peu compliqué donc j'en avais un peu discuté »*. Nina a eu l'impression que le gynécologue ne l'entendait pas : *« il me disait « oui mais c'est psychologique, la cicatrice elle est très bien, ça a très bien cicatrisé, je pense que peut être que vous n'êtes pas prête » », et finalement « quand j'ai vu la sage-femme pour ma rééducation du périnée, elle m'a dit non c'est pas psychologique »*. Annabelle en a aussi parlé avec sa sage-femme libérale, qui l'avait déjà suivi pour sa grossesse.

La rééducation périnéale est également un moment privilégié pour parler des douleurs, c'est d'ailleurs ce moment-là que cinq patientes ont choisi pour aborder leur inconfort. Manon a eu du mal à prendre conscience de sa douleur : *« J'ai mis un bout de temps avant de dire « oui t'as vraiment mal » [...], j'ai commencé ma rééducation avec la sage-femme, là je lui disais que j'avais la sensation [...] c'était comme si j'avais un hématome »*. Elle dit également avoir eu du mal à trouver un professionnel qui l'écoutait et voulait la prendre en charge : *« ce qui est encore plus compliqué, c'est qu'en faites pour trouver un interlocuteur qui comprend [...] c'est très compliqué [...] enfin franchement on se sent un peu seule au monde quoi ! »*.

Pour Lucia, ayant déjà eu une lésion pour son premier accouchement, et sachant que cela pouvait être douloureux au départ, elle ne s'est pas inquiétée outre mesure, *« C'est maintenant que je suis plus à distance des points que je me dis y'a quand même quelque chose qui est pas normal parce que c'est pas revenu »*.

Ambre en a parlé à une première sage-femme libérale avec qui elle a fait sa rééducation périnéale, mais celle-ci ne l'a pas aidé car ne savait pas quoi faire de plus : *« moi je lui disais que j'avais toujours extrêmement mal pendant les rapports [...] elle me disait [...] qu'elle voyait pas quoi faire, [...] elle ne voyait rien d'anormal »*. Elle a fini par chercher des solutions elle-même

sur internet, et est tombée sur une sage-femme qui pratiquait des méthodes alternatives. Elle exprimait elle aussi la difficulté de trouver un interlocuteur compréhensif.

Enfin, Marie en a parlé lors de sa dernière séance de rééducation avec la sage-femme libérale, car elle avait eu son premier rapport sexuel la veille, et elle avait ressenti de fortes douleurs : « *j'ai eu très mal [...] pendant des rapports sexuels, j'ai dit « ouh la la, c'est pas possible », ça rentrait pas, c'était très douloureux* ».

D'autres ont abordé leur inconfort bien longtemps après. Pour Hélène, la prise de conscience a été tardive : « *six mois après l'accouchement j'ai commencé à me poser un peu des questions en me disant, c'est bizarre, c'est pas normal, y'a quelque chose qui va pas quoi* », et elle a fini par en parler à sa sage-femme libérale.

Malgré tout, on sait que des femmes n'en ont jamais parlé, comme Marjorie qui n'a abordé cette gêne que lors de la dernière consultation de sa grossesse suivante avec la sage-femme libérale, en posant des questions sur son futur accouchement, et les éventuelles lésions qu'elle pourrait avoir : « *malheureusement j'en ai jamais parlé et j'ai fait avec. Je n'en ai pas fait actes plus que ça et après un accouchement on a malheureusement un peu trop vite tendance à s'oublier aussi en tant que femme* ».

Ces femmes ont parlé de leur douleur à différents instants de leur vie, certaines n'ont pas hésité à consulter rapidement, d'autres ont attendu jusqu'à ce que la douleur ne soit plus supportable. Dans l'étude sur le dépistage des douleurs périnéales secondaires à un accouchement par voie basse, il est retrouvé que le dépistage des douleurs est réalisé dans 80% des cas. Il n'est donc pas fait de manière systématique, et parmi les femmes n'ayant pas été dépistées, 33,3% avaient des douleurs à la visite post-natale (9). Pourtant l'HAS recommande un examen complet sur le plan gynécologique, avec l'évaluation du plancher pelvien et d'une éventuelle douleur, lors de la visite post-natale (32).

Il est également rapporté que les mères ressentant toujours des douleurs périnéales à trois mois ont été consulter pour ce motif dans 20,8% des cas. Sur les 101 femmes pour qui il persistait des douleurs, 80 n'ont pas consulté, elles invoquaient le manque de temps pour la majorité, le fait qu'elles pensaient que cela allait passer, ou d'autres motifs. 36,6% ont donc tenté de se soulager par elles-mêmes, en changeant de position, en essayant de masser leur périnée, de mettre du froid, du chaud, en buvant des tisanes, en faisant de la relaxation, ou en utilisant un coussin ou une bouée pour s'asseoir (9).

3.4.2. La prise en charge des douleurs

Pour plusieurs patientes, aucune prise en charge de leurs gênes n'a été proposée. Elles ont exprimé une difficulté à trouver un interlocuteur compétent et compréhensif, comme développé précédemment pour Emeline et Manon. Elles ont eu l'impression d'être abandonnées avec leurs douleurs, et ont dû se débrouiller seule pour trouver de l'aide et des solutions.

Dans l'étude d'A. Khoon-Yam et al, 5 à 10% des femmes interrogées n'ont pas reçu de prise en charge pour leur douleur, que celle-ci ait été dépistée ou non. Pour les autres, les traitements proposés ont été principalement les antalgiques et la rééducation périnéale (9).

Emeline aurait souhaité plus d'explications et de soutien à la maternité : « *y'a un peu plus de pédagogie à avoir au niveau des parents et leur dire ben voilà, ça va remettre du temps quoi, c'est normal [...] le post-partum c'est pareil hein ! C'est un truc, on a l'impression que c'est complètement tabou !* ». En rentrant à la maison, elle s'est elle-même soulagée en utilisant de la glace, et n'a pas hésité à demander conseil à son amie sage-femme libérale. Cependant, on ressent un certain mécontentement sur la prise en charge en maternité mais également sur les informations données lors de la préparation à l'accouchement et à la parentalité. Elle aurait aimé que le papa soit plus impliqué par le corps médical, qu'il entende plus que les suites de couches peuvent être compliquées, que la sexualité après l'accouchement n'est plus la même qu'avant.

Dans son mémoire sur la sexualité en post-partum, C. Foucault a interrogé les sages-femmes à propos des informations qu'elles donnaient aux patientes concernant la sexualité. Les sages-femmes hospitalières, et notamment celles qui sont dans les services de suites de couches, s'investissent dans les informations qu'elles transmettent. Elles ont un rôle essentiel dans les conseils qu'elles donnent aux nouvelles mères, mais aussi aux conjoints. Elles sont en première ligne dans le post-partum. Elles renseignent sur la contraception, la reprise des rapports sexuels, elles sont également censées informer sur d'éventuelles douleurs en fonction du périnée. Malgré le temps qu'elles prennent pour donner ses conseils, elles comptent également sur les explications qui seront fournies par la suite lors de la visite post-natale ou la rééducation périnéale par le professionnel de santé qui suivra la patiente. Cette personne aura la charge de refaire le point sur les douleurs périnéales, et les difficultés sexuelles (33).

D'autres patientes se sont prises en charge de manière autonome comme Tiphaine qui raconte : « *j'ai dû m'automédiquer toute seule [...] j'étais sous Bi-Profenid pendant 1 mois [...] je prenais*

de l'Acupan en ponctuel, quand vraiment je voyais que la douleur était vive, et des pains de glace sur la cicatrice [...] j'essaie de masser un petit peu, pour essayer d'éviter les adhérences ». Manon nous disait : « je prenais du Laroxyll aussi, mais ça c'est pareil j'ai arrêté parce que de toutes façons à cinq gouttes ça ne me casse pas la douleur et quand je monte je suis complètement sonné et je ne peux pas me le permettre dans mon quotidien ».

Les trois médicaments cités ont tous des propriétés antalgiques. Afin de soulager leurs douleurs, ces patientes ont été obligées de prendre des médicaments bien plus puissants que le paracétamol, classiquement donné en suites de couches, et à la sortie de la maternité.

Plusieurs ont également essayé les massages périnéaux, soit à faire elles-mêmes, soit fait par la sage-femme libérale lorsqu'elle venait en consultation de rééducation : *« on m'avait dit de me masser avec une huile périnéale, mais sincèrement j'ai déjà pas le temps de prendre une douche de vingt minutes », « elle m'a conseillé certains huiles essentielles pour que je puisse masser », « en parallèle de la rééducation je pouvais me masser, [...] par contre fallait le faire régulièrement, et voir si ça apaisait un peu ».*

Cette méthode est souvent conseillée par les professionnels de santé, notamment dans le but s'assouplir la cicatrice et de limiter les adhérences. Pourtant, son efficacité sur la durée des douleurs périnéales n'est pas prouvée. C'est ce que conclut également Shin TM dans sa revue de la littérature sur le rôle du massage périnéal dans la cicatrisation d'une lésion (34).

La majorité des patientes ont aussi eu de la rééducation du périnée. Rééducation manuelle, ou avec sondes, qui a été plus ou moins efficace comme pour Lucia : *« on a fait la rééducation du périnée avec la sage-femme et puis elle a essayé de travailler un petit peu sur la cicatrice, [...] mais je trouve que, enfin que c'est pas tellement mieux [...] c'était pas douloureux la rééducation [...] mais avec la sonde c'était pas très agréable »* ou pour Ambre *« ça a pas révolutionné la chose ».*

La rééducation périnéale dans le post-partum est répandue en France, et il existe de multiples méthodes. Les pratiques sont différentes en termes de réalisation et d'indication. Selon les RPC (Recommandation pour la Pratique Clinique) du CNGOF, datant de 2015, la rééducation par des exercices de contraction des muscles du plancher pelvien serait recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistante à trois mois du post-partum (grade A), quel que soit le type d'incontinence. Il est conseillé de faire au moins trois séances guidées par un professionnel (sage-femme, ou kinésithérapeute), associées à des exercices réalisés au domicile. La rééducation améliore l'incontinence urinaire à court terme (un an), mais pas à long terme (six à

douze ans). Elle ne permettrait pas une diminution de la prévalence des dyspareunies à un an (NP3) (35). De plus, aucune donnée de la littérature ne prouve que la rééducation périnéale diminuerait les douleurs périnéales en post-partum. Il n'existe pas d'étude contrôlée randomisée de grande échelle, ayant comme principal critère de jugement, l'évaluation de la rééducation périnéale en tant que prévention ou thérapeutique des dyspareunies et/ou des douleurs périnéales en post-partum (36).

Six patientes ont également pu bénéficier d'une nouvelle méthode pour assouplir les cicatrices : la Tecarthérapie : *« un programme pour la douleur, et justement c'est plus pour relâcher la fibre musculaire »*, *« je fais des séances de Tecarthérapie avec la sage-femme et c'est vrai que c'est plutôt efficace »*, *« je fais la rééducation du périnée, et même le nouveau traitement, la Tecarthérapie, [...] parce que j'avais trop mal »*.

Nous avons découvert cette méthode en réalisant les entretiens avec les patientes. La Tecarthérapie est un principe de haute fréquence. Une sonde plate ou endocavitaire va émettre des ondes longues de hautes fréquences. Le but étant d'augmenter la vitesse de cicatrisation, pour diminuer la douleur. Ainsi, afin de stimuler un transfert dans les tissus souhaités, on provoque un transfert d'énergie électromagnétique sous une fréquence précise. Cette méthode est basée sur un procédé de régénération tissulaire. Les indications sont nombreuses : anti-œdémateuse, antalgique, anti-inflammatoire, cicatrisante. Dans son mémoire sur la haute fréquence et les douleurs périnéales en post-partum, M. Golka a réalisé une étude chez des accouchées qui ont bénéficié de Tecarthérapie en suites de couches. Les résultats sont plutôt encourageants, car son utilisation permettait d'améliorer le vécu de l'accouchement et de réduire les douleurs périnéales (37) (38).

Enfin, des crèmes anesthésiantes, hydratantes, ou bien encore des lubrifiants ont été prescrit aux patientes : *« elle m'a prescrit une pommade pour l'hydratation avec des gélules »*, *« elle m'a donné une crème anesthésiante »*. Certaines ont même été conseillées d'aller voir un ostéopathe si les douleurs ne s'arrangeaient pas *« il valait mieux aller voir, enfin faire de l'ostéopathie intra-pelvienne »*, *« si ça me fait mal, je dois aller après chez une ostéopathe »*.

Dans son mémoire sur l'apport de l'ostéopathie sur les douleurs périnéales en post-partum, A.V. Piot conclut que l'ostéopathie apporte un vrai soulagement des douleurs périnéales chez les femmes. Pour toutes les patientes ayant eu une consultation d'ostéopathie dans le post-partum, on constate, soit une diminution de la douleur par rapport à avant, soit sa disparition complète. De plus, une femme a confié que même si la consultation avait été efficace, elle aurait préféré

être manipulée par une femme, voire par une sage-femme, dans cette période intime du post-partum. Un ostéopathe a lui-même tenu des propos similaires, car selon lui les femmes consulteraient plus facilement si c'était une femme qui pratiquait la séance (39).

4. Discussion

A la suite des entretiens et de leur analyse, nous allons maintenant émettre plusieurs propositions autour de la prévention des douleurs périnéales, dans le but d'améliorer leur perception par les patientes.

4.1. Prévention des douleurs périnéales en anténatal

Tout d'abord, il nous semble important de dépister d'éventuelles gênes périnéales préexistantes, pendant le suivi de grossesse. Une question à ce sujet pourrait être formulée telle que « avez-vous des douleurs au niveau périnéal lors des examens gynécologiques, lors de rapports sexuels, ou dans votre quotidien ? ». Ainsi, nous pourrions dépister et prendre en charge les patientes déjà douloureuses avant l'accouchement.

L'entretien prénatal précoce (EPP), généralement réalisé en début de grossesse, autour du quatrième mois, ainsi que la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sont également des moments privilégiés pour aborder le thème des douleurs périnéales. L'EPP et la PNP ne sont pas des rendez-vous obligatoires durant la grossesse. Ce sont des rencontres proposées en plus aux parents pour poser leurs questions, tant au niveau de la grossesse en elle-même, mais aussi sur le versant administratif, ou sur l'après accouchement, le retour à la maison avec bébé, etc. Beaucoup de sujets sont donc déjà abordés lors de ces rendez-vous. Pour autant, une phrase à propos des douleurs après accouchement pourrait être introduite pour que la future mère, et son conjoint s'il est présent, puisse être informés sur la survenue éventuelle de douleurs périnéales en post-partum. A eux, ensuite, de rebondir ou non sur ce sujet s'ils ont des questions. Une première approche serait faite, le couple saurait qu'il peut y avoir des douleurs juste après l'accouchement, qu'elles sont au départ souvent physiologiques, mais qu'il ne faut pas hésiter à en parler aux professionnels dès le séjour en maternité, pour qu'elles puissent être prises en charge tôt.

Les massages périnéaux peuvent être proposés aux patientes avant l'accouchement. Le CNGOF les recommande durant la grossesse, car ils diminueraient le taux d'épisiotomie (NP1), mais aussi les douleurs périnéales en post-partum (NP2). Cette pratique doit donc être encouragée chez les futures mères (grade B). Il semble pertinent de commencer à 36 semaines d'aménorrhée (SA), à raison d'un massage périnéal au moins trois fois par semaine, à faire par la femme elle-même ou par son conjoint (40) (annexe 6).

Enfin, une alimentation maternelle saine au cours de la grossesse est essentielle. En effet, l'alimentation est un des points clés pour qu'une grossesse et un accouchement se passent bien. D'une mauvaise alimentation peut découler une prise de poids maternelle considérable, un diabète gestationnel, ce qui peut ensuite engendrer une macrosomie fœtale. La macrosomie est un facteur de risque de la dystocie des épaules. Dans ce cas-là, la sage-femme, ou l'obstétricien doivent rapidement pratiquer des manœuvres internes pour aider le fœtus à naître. Ses éléments sont des facteurs de risque de déchirures périnéales, et donc de douleurs par la suite (41).

→ Rôle de la sage-femme dans la prévention anténatale :

La sage-femme a toute sa place dans la prévention anténatale, puisqu'elle est un professionnel de proximité durant la grossesse, elle pourra :

- ✓ Pratiquer le dépistage des douleurs durant la grossesse ;
- ✓ Aborder le thème des douleurs périnéales en post-partum lors de l'EPP ou de la PNP ;
- ✓ Proposer et expliquer les massages périnéaux à pratiquer avant l'accouchement ;
- ✓ Rappeler les conseils hygiéno-diététiques aux futures mères pour une meilleure maîtrise de la prise de poids.

4.2. Prévention des douleurs périnéales en per-natal

La prévention des douleurs périnéales passe d'abord par la diminution des traumatismes périnéaux lors de l'accouchement.

En 2018, le CNGOF a publié les RPC sur la prévention et la protection périnéale en obstétrique. Les interventions pertinentes pour lutter contre les traumatismes périnéaux, et notamment les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA), seraient le massage périnéal ainsi que l'application de compresses chaudes pendant la deuxième phase de travail (NP2) (42). En effet, plusieurs études ont montré que l'étirement du périnée durant la seconde phase du travail permettrait de le détendre, donc de prévenir les déchirures périnéales et réduire les épisiotomies. Tout en diminuant la douleur, le massage favoriserait l'extensibilité des tissus et préserverait l'intégrité périnéale. Pour se faire, le professionnel introduit deux doigts lubrifiés de trois à quatre centimètres dans le vagin, et exerce une légère pression vers le bas, en direction

du rectum. Puis il fera des mouvements latéraux, de manière régulière et lente, d'une durée d'une seconde environ de chaque côté. Le massage sera adapté à la tolérance maternelle, et peut être maintenu pendant et entre les efforts expulsifs (43). L'application de compresses chaudes, elle, diminuerait de façon significative les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré et l'intensité de la douleur en suites de couches (44).

Il est également recommandé de retarder le début des efforts expulsifs lorsque l'état fœtal et maternel le permettent (grade A), et de contrôler manuellement le dégagement de la tête. Il n'y a pas une technique de poussée qui soit plus recommandée qu'une autre. Le tout est que la femme se sente encouragée dans la méthode choisie (42).

S'il y a besoin d'une extraction instrumentale, il faudra privilégier l'utilisation de la ventouse à celle du forceps. Pour autant, les indications de chaque instrument sont différentes. La ventouse est un instrument de traction et de flexion de la tête fœtale. Elle est plutôt recommandée pour les extractions des présentations céphaliques à partie moyenne, en variété postérieure ou transverse, ou en l'absence d'analgésie péridurale (avis d'expert). Le forceps est un instrument qui permet la traction et la rotation de la présentation. Il sera plutôt utilisé en cas de prématurité, de bosse séro-sanguine, ou de présentation par le siège. Le forceps provoquera plus de traumatismes maternelles (déchirures périnéales, vaginales, ou cervicales) mais aussi fœtales (ecchymose, plaie de la cornée, embarrure, etc.) (45) (46).

Comme nous l'avions introduit au début concernant la suture, une déchirure superficielle (1^{er} degré) qui ne saigne pas, peut ne pas être suturée (grade B). Il est préférable de réaliser un surjet continu en cas d'épisiotomie ou de déchirure du 2^{ème} degré (grade A) (42). Dans une étude, Kettle et al. rapportent qu'une épisiotomie suturée par un surjet est moins douloureuse, et donne une meilleure satisfaction aux femmes à trois et douze mois du post-partum (47).

→ Rôle de la sage-femme dans la prévention per-natale :

Là aussi, la sage-femme a un rôle important dans la prévention des douleurs périnéales en per-natal, étant le professionnel de santé en première ligne durant l'accouchement voie basse, elle pourra :

- ✓ Appliquer des compresses ou des packs chauds durant la deuxième phase du travail ;
- ✓ Masser le périnée pendant et en dehors des contractions utérines durant la seconde phase du travail ;
- ✓ Retarder le début des efforts expulsifs afin de favoriser l'accouchement spontané par voie basse ;
- ✓ Contrôler le dégagement de la tête fœtale manuellement ;
- ✓ Pratiquer la technique un fil un nœud si besoin de suture à la déchirure.

4.3. Prévention des douleurs périnéales en postnatal

Durant le séjour en maternité, le dépistage des douleurs est primordial, même si celles-ci sont la plupart du temps physiologiques. Dans l'étude d'A. Khoon-Al, 86.5% des patientes étaient douloureuses à la maternité (9). Il est donc nécessaire de prendre en charge les douleurs de manière préventive. Le paracétamol, antalgique de pallier I est le traitement recommandé en première intention, chez les femmes allaitantes ou non (grade B). Les AINS oraux sont efficaces sur les douleurs périnéales (NP2). Ceux ayant une demi-vie courte peuvent être donnés pendant l'allaitement. Si la prise a lieu durant la tétée, l'exposition sera minimisée. Durant les 48H après l'accouchement, le Néfopam, antalgique de pallier I, peut également être utilisé. La prescription d'antalgiques de pallier II, tel que le Tramadol, est possible durant l'allaitement maternel. Cependant, elle doit se faire de manière ponctuelle afin de limiter l'accumulation dans le lait (35).

Par ailleurs, il n'existe pas d'argument qui privilégie la cicatrisation dirigée ou la reprise chirurgicale, si la cicatrice est désunie. Néanmoins, si la désunion est importante, la chirurgie peut être envisagée (accord professionnel) (35).

Nous avons vu précédemment que des solutions non médicamenteuses existent, et ont prouvé leur efficacité sur les douleurs périnéales, tel que le froid, le chaud ou l'homéopathie. Pour les

cicatrices douloureuses, l'utilisation de bouée, ou de coussins pourrait être recommandée pour permettre aux mères de s'asseoir plus facilement.

Lors des conseils de sortie en maternité, il serait important rappeler aux patientes de signaler les douleurs périnéales pour qu'elles puissent être prise en charge rapidement. De plus, nous pourrions attendre que le père soit présent pour faire les conseils de sortie afin qu'il entende que le corps d'une femme change après un accouchement, qu'il peut y avoir des douleurs, et que la sexualité sera différente. S'il y a eu une lésion périnéale, il faudra attendre un peu qu'elle cicatrise avant de reprendre les rapports sexuels. En cas de douleurs périnéales, la prescription de crème à base d'acide hyaluronique permet d'améliorer l'hydratation au niveau du vagin, et la trophicité du périnée. Pour les rapports sexuels, l'utilisation de lubrifiants en systématique est fortement recommandée, afin de limiter la sécheresse vaginale, majorée en cas d'allaitement maternel (36).

La VPN est le rendez-vous qui clôture la grossesse. C'est le moment de refaire le point sur l'accouchement, le lien avec bébé, l'allaitement, la reprise des rapports sexuels, et les éventuelles douleurs. Un questionnement précis sur l'intensité et la localisation des douleurs périnéales, ainsi qu'une écoute attentive devraient être généralisés car c'est la première étape dans le traitement des douleurs (48). A l'examen clinique, le professionnel peut retrouver une cicatrice indurée et sensible. Dans leur étude, Roger RG et al, montrent que la douleur périnéale en post-partum est sous-estimée car les femmes sont peu disposées à en parler, souvent par manque de temps (49). Il sera donc plus difficile de mettre des solutions en place si la mère est peu disponible.

A la suite de cette consultation, la patiente est généralement orientée vers des sages-femmes libérales ou des kinésithérapeutes pour faire des séances de rééducation périnéale. Le but principal étant de solutionner les problèmes d'incontinences urinaires. La rééducation est aussi un moment propice pour parler des gênes périnéales. Elle permet à la femme de ressentir son corps, de le visualiser, de se le réapproprier. C'est parfois à partir de ces séances qu'elle va oser toucher cette partie intime, qui a été lésée et mise à mal par la grossesse et l'accouchement. D'après l'ANAES, en fin de rééducation périnéale, le périnée devrait être indolore (3). En effet, même si son efficacité sur les douleurs n'est pas scientifiquement prouvée, la contraction régulière des muscles périnéaux augmenterait la vascularisation du territoire et permettrait de retonifier les muscles lésés. La rééducation faciliterait la cicatrisation (10). Elle doit donc être encouragée par les professionnels de santé, afin de lever le tabou de l'incontinence urinaire et des douleurs périnéales.

De nombreuses pratiques existent pour soulager les douleurs en post-partum. Nous avons introduit dans la partie précédente les massages périnéaux, qui, pratiqués de manière régulière peuvent assouplir le périnée pour le rendre moins douloureux. Nous avons également parler de la Tecarthérapie, largement utilisé par les kinésithérapeutes pour soulager les douleurs musculaires. L'ostéopathie est aussi régulièrement conseillé aux patientes.

Des autres méthodes telles que la sophrologie, ou l'hypnose peuvent être proposées aux patientes. Les femmes peuvent ensuite, à la maison, ou ailleurs, se replonger dans ses instants de relaxation afin de mieux gérer leur douleur, et de l'apaiser. Le yoga, qui peut se faire en complément d'une rééducation, apparaît aussi comme une aide précieuse pour remuscler le périnée. En effet, le yoga sollicite le travail des muscles profonds, en douceur. Retonifier cette zone permet de faire disparaître les fuites urinaires, mais aussi de retrouver une élasticité des tissus, et donc plus de plaisir durant les rapports sexuels.

Enfin, notons que certaines femmes peuvent garder un réel traumatisme, émotionnel ou psychologique, à la suite de leur accouchement, et les éventuelles douleurs qui ont suivi. Dans ce cas-là, un suivi par un professionnel compétent devrait être proposé. Certains psychologues sont aussi formés en sexologie. Ces séances, peuvent être réalisées avec la femme seule, ou en couple. Différentes associations proposent des groupes de parole, les personnes viennent témoigner, s'écoutent et cela crée un réseau d'entraide. Par exemple, « Les Tentes Rouges » est une association où des groupes de paroles pour toutes femmes sont organisés. L'association AINP (Association d'Information sur la Névralgie Pudendale et les Douleurs Pelvi-Périnéales) réunit des patients souffrant de douleurs périnéales chroniques, et lutte pour faire reconnaître cette pathologie comme une affection de longue durée (ALD) (50) (51).

→ Rôle de la sage-femme dans la prévention postnatale :

La sage-femme est un interlocuteur privilégié dans cette étape du post-partum, elle pourra :

- ✓ Dépister les douleurs en suites de couches ;
- ✓ Proposer des traitements médicamenteux ou non ;
- ✓ Expliquer les conseils de sortie aux couples ;
- ✓ Rappeler que la VPN est obligatoire et est un moment propice pour parler des problèmes rencontrés depuis l'accouchement ;
- ✓ Pratiquer les séances de rééducation périnéale et aider la mère à se réapproprier son corps de femme ;
- ✓ Pratiquer les méthodes alternatives, à condition d'avoir acquis des formations supplémentaires telles que l'ostéopathie, la sophrologie, l'hypnose ;
- ✓ Proposer un suivi par un psychologue et/ou un sexologue si la femme en ressent le besoin ;
- ✓ Proposer des groupes de paroles et des associations de soutien.

Conclusion

Cette étude nous a permis de comprendre comment ces femmes vivent leurs douleurs périnéales. Notre hypothèse de départ était que le quotidien des femmes est impacté par ces douleurs. Elle est donc en partie validée, puisque, pour la majorité des patientes interrogées, les douleurs n'impactent plus leur quotidien en général. Néanmoins, la relation de couple est mise à mal, car les douleurs persistent lors des rapports sexuels.

Depuis plusieurs années, le sujet de la douleur est au cœur des problématiques de santé. Cependant, en pratique, c'est un thème peu abordé. Concernant le périnée, qui est encore un sujet tabou, les professionnels et les patientes ont toujours du mal à en parler. Certains soignants attendent que les patientes se confient à ce propos. A contrario, dans l'imaginaire des patientes, la douleur est classique en suites de couches, elles pensent donc qu'elle va passer avec le temps, et ne savent pas que des solutions existent pour les soulager.

Les lésions périnéales semblent être à l'origine de ces douleurs. En revanche, à partir de trois mois, les douleurs périnéales ne seraient plus causées par les lésions mais plutôt par le vécu de l'accouchement.

La qualité de vie, et notamment de l'activité sexuelle ne se résume donc pas à la présence ou à l'absence de lésions périnéales. Plusieurs dimensions peuvent interférer avec la fonction sexuelle, telle que la dimension sociale, conjugale ou psychique. Nous pourrions penser que la césarienne protégerait de ces difficultés, pourtant des dyspareunies profondes, et secondaires sont retrouvées à la suite de l'opération. Dans une étude, Declercq et al. retrouvent 18% de douleurs chroniques six mois après l'accouchement chez les femmes ayant eu une césarienne (52).

La prise en charge par les professionnels ne doit donc pas seulement être guidée par l'existence ou non de lésions, même si leur présence est un facteur de risque de douleur en post-partum immédiat.

Références bibliographiques

1. HAS. Douleur chronique [Internet]. [Cité 20 mars 2021]. Disponible sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/200901/douleur_chronique_synthese.pdf
2. CNGOF. Accouchement normal en présentation du sommet suites de couches normales [Internet]. [Cité 20 mars 2021]. Disponible sur : <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-37.html>
3. ANAES. Rééducation dans le cadre du post-partum [Internet]. [Cité 20 mars 2021]. Disponible sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/recos_finales_post_partum_2006.pdf
4. Haab F, Amarenco G, Coloby P, Grise P, Jacquetin B, Labat J-J, et al. Terminology of lower urinary tract dysfunction: French adaptation of the terminology of the International Continence Society. *Prog Urol.* déc 2004 ; 14 (6) : 1103-11.
5. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, et al. The 2013 EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain a Habit, a Philosophy, or a Science? 10 Years of Development. *EURURO* – 5092 ; 9.
6. Définitions, classifications et lexique des douleurs pelvi-périnéales chroniques [Internet]. [Cité 20 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/definitions-classifications-et-lexique-des-douleurs-pelviperineales-chroniques>
7. Morin C, Leymarie MC. La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature. *La Revue Sage-Femme.* 1 déc 2013 ; 12 (6) : 263-8.
8. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity : extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol.* avr 1995 ; 102 (4) : 282-7.
9. Khoon-Yam A, Eggermont J, Vigne S. Dépistage des douleurs périnéales secondaires à un accouchement par voie basse. *Vocation Sage-Femme,* mai-juin 2018, N°132, 29-32.

10. Barthélemy N. Quel est la fréquence des douleurs périnéales secondaires à un accouchement voie basse ? [Ecole de sage-femme de Nancy] : Université Henri Poincaré, Nancy I ; 2009 ; 73.
11. Williams A, Herron-Marx S, Knibb R. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. J Clin Nurs. mars 2007; 16 (3): 549-61.
12. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, et al. Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Février 2010, 39 (1) : 37-42
13. Medico D. Sexualité, grossesse et postpartum. 28 janvier 2006, Université de Lausanne [Internet]. [Cité le 20 mars 2021]. Disponible sur : https://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Pdf/Sexualite_grossesse_postpartum.pdf
14. Bertrand X. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Avr 2006 ; 7 (2) : 3.
15. Porte Z. Reprise des rapports sexuels dans le post-partum : impact d'une extraction instrumentale. [Ecole de sage-femme de Bourg-en-Bresse] ; Université Claude Bernard Lyon I ; 2018 ; 50.
16. Sillou S, Carbonnel M, N'Doko S, Dhonneur G, Uzan M, Poncelet C. Douleur périnéale du post-partum : intérêt de l'infiltration locale de ropivacaïne. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Oct 2009 ; 38 (6) : 510-5.
17. Nze Obiang PC, Nzoghe Nguema P, Obame ER, Matsanga A, Nnang Essone JF, Sima Zue A. Le bloc pudendal améliore-t-il la qualité de l'analgésie multimodale après réparation de l'épisiotomie ? RAMUR, 2017 ; 22 (1) : 24-9.
18. Urion L, Bayoumeu F, Jandard C, Fontaine B, Bouaziz H. Programme d'assurance qualité pour la prise en charge de la douleur après lésions périnéales obstétricales. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. Nov 2004 ; 23 (11) : 1050-6.

19. Steen M, Marchant PR. Ice packs and cooling gel pads versus no localised treatment for relief of perineal pain : a randomised controlled trial. *Evidence Based Midwifery*, march 2007 ; 5 (1) : 16-22.
20. Cramer B, Berry Brazelton T, Morel I. Les premiers liens : l'attachement parents/bébé, vu par un pédiatre et un psychiatre. LGF ; 1997 ; 372 ; LDP N°9549.
21. Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Déc 2015 ; 44 (10) : 1141-6.
22. Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Topically applied anaesthetics for treating perineal pain after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]* ; 2005 Apr 18 ; (2) : CD004223.
23. Gratier M. Harmonies entre mère et bébé : Accordage et contretemps. *Erès : Enfances Psy*. 2001 ; 13 (1) : 9-15.
24. MOYENIN C. Fonction parentales. Cours, module de psychologie, présenté à l'Ecole de Sage-Femme de Bourg-en-Bresse, 2019.
25. FOUCAN D. Liens précoces. Cours, module de psychologie, présenté à l'Ecole de Sage-Femme de Bourg-en-Bresse, 2019.
26. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2000 ; 107 (2) : 186-95.
27. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Janv 2006 ; 124 (1) : 42-6.
28. Fauconnier A, Goltzene A, Issartel F, Janse-Marec J, Blondel B, Fritel X. Dyspareunie du post-partum tardif : l'accouchement joue-t-il un rôle ? *Progrès en Urologie*. Avril 2012 ; 22 (4) : 225-32.
29. Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does Spontaneous Genital Tract Trauma Impact Postpartum Sexual Function ? *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2009 ; 54 (2) : 98-103.

30. Ejegård H, Ryding EL, Sjögren B. Sexuality after Delivery with Episiotomy: A Long-Term Follow-Up. *Gynecol Obstet Invest.* 2008 ; 66 (1) : 1-7.
31. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* Avr 2001 ; 184 (5) : 881-90.
32. HAS – RPC. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *La Revue Sage-Femme.* Avr 2014 ; 13 (2) : 84-98.
33. Foucault C. Sexualité du post-partum : Évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. [Ecole de sage-femme Baudelocque] : Université Paris Descartes ; 2011 ; 91.
34. Shin TM, Bordeaux JS. The Role of Massage in Scar Management: A Literature Review. *Dermatologic Surgery.* 2012 ; 38 (3) : 414-23.
35. CNGOF. RCP - Post-partum. [Internet]. [Cité 21 mars 2021]. Disponible sur : <http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/RPC/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf>
36. Battut A, Nizard J. Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. *Progrès en Urologie.* Mars 2016 ; 26 (4) : 237-44.
37. Sabatino G. Les douleurs post-césariennes. *La Revue Sage-Femme.* Juin 2019 ; 18 (3) : 135-44.
38. Golka M. Haute fréquence et douleur périnéale du post-partum. [Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée] : Aix Marseille Université ; 2017 ; 64.
39. Piot A-V. L'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs pelvi-périnéales résistantes chez la femme dans la période du post-partum. [Ecole de sage-femme de Brest] : UFR de médecine et des sciences de la santé BREST ; 2014 ; 66.
40. Schantz C. Quelles interventions au cours de la grossesse diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* Déc 2018 ; 46 (12) : 922-7.

41. Batallan A, Goffinet F, Paris-Llado J, Fortin A, Bréart G, Madelenat P, et al. Macrosomie fœtale : pratiques, conséquences obstétricales et néonatales. Enquête multicentrique cas-témoins menée dans 15 maternités de Paris et d'île de France. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Juin 2002 ; 30 (6) : 483-91.
42. 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. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. Déc 2018 ; 46 (12) : 928-36.
43. Albers LL, Borders N. Minimizing Genital Tract Trauma and Related Pain Following Spontaneous Vaginal Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007 ; 52 (3) : 246-53.
44. Dahlen HG, Homer CSE, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related to the Application of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor : A Randomized Controlled Trial. *Birth*. 2007 ; 34 (4) : 282-90.
45. Schaal J-P, Equy V, Hoffman P. Comparaison ventouse forceps. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Déc 2008 ;37 (8) : S231-43.
46. Sainfort P. Extraction instrumentale. Cours, module obstétrique, présenté à l'Ecole de Sage-Femme de Bourg-en-Bresse, 2020.
47. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *The Lancet*. Juin 2002 ; 359 (9325) : 2217-23.
48. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? RPC [Internet]. [Cité 20 mars 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
49. Rogers RG, Leeman LM, Migliaccio L, Albers LL. Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function? *Int Urogynecol J*. Mars 2008 ; 19 (3) : 429-35.
50. Les Tentes Rouges [Internet]. [Cité 21 mars 2021]. Disponible sur : <https://tentesrouges.fr/>
51. Association-AINP [Internet]. [Cité 21 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.association-ainp.com>

52. Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' Reports of Postpartum Pain Associated with Vaginal and Cesarean Deliveries: Results of a National Survey. Birth. 2008 ; 35 (1) : 16-24.

Annexes

Annexe 1 : Courrier à destination des patientes

Caroline VAGINAY
Ecole de sages-femmes de Bourg-en-Bresse
Centre Hospitalier de Fleyriat
900 Route de Paris
01 000 BOURG-EN-BRESSE

Madame,

Actuellement en 5^{ème} année d'école de sages-femmes, je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Celui-ci porte sur le thème des gênes périnéales persistantes sur le long terme (au moins 4 mois) après un accouchement.

Pour effectuer ce travail, j'aimerais réaliser avec vous un entretien. Je suis consciente que c'est un sujet assez tabou, je tiens donc à vous préciser que toutes les données resteront anonymes et protégées par le secret médical.

Si vous êtes d'accord pour collaborer à mon travail, je vous propose de vous appeler pour vous expliquer un peu plus en détail le déroulement de mon étude, et fixer avec vous un rendez-vous pour réaliser l'entretien. Nous pouvons le réaliser par téléphone ou visioconférence.

Ce travail a pour but de mieux comprendre le vécu des femmes chez qui ils persistent des gênes périnéales, pour ensuite mieux les prendre en charge.

Si vous êtes d'accord, je vous invite à remplir le coupon ci-dessous puis à le rendre au professionnel pour que je puisse vous contacter. Je reste à votre disposition pour tout complément d'information au 07-61-60-61-50 ou par mail caroline.vaginay@etu.univ-lyon1.fr

En vous remerciant d'avance de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, mes sincères salutations.

Je soussignée (Prénom)* : _____

- Accepte
- N'accepte pas

Que Caroline VAGINAY, étudiante sage-femme, me contacte pour fixer un entretien, dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Numéro de téléphone* : _____

Adresse e-mail : _____

Annexe 2 : Courrier à destination des professionnels

Caroline VAGINAY Etudiante Sage-Femme en 5^{ème} année
Ecole de sages-femmes de Bourg-en-Bresse
Centre Hospitalier de Fleyriat
900 Route de Paris
01 000 BOURG-EN-BRESSE

Cher professionnel,

Vous êtes sage-femme, médecin généraliste, pédiatre, lors de vos consultations vous avez l'occasion de rencontrer des mères, que ce soit lors d'une consultation de gynécologie, ou bien pour l'examen pédiatrique de l'enfant. Dans ce cadre, je sollicite votre aide pour la réalisation de l'étude de mon mémoire de fin de formation.

Celui est une **étude qualitative des gênes périnéales persistantes sur le long terme après un accouchement**.

Les femmes étant recrutées pour cette étude doivent avoir accouché au minimum il y a 4 mois. Le type d'accouchement importe peu, voie basse ou césarienne (programmée ou d'urgence), avec ou sans lésions périnéales, avec ou sans suture. Ce qui m'intéresse est le vécu des patientes vis-à-vis de cette gêne au niveau périnéal qui peut se traduire de beaucoup de manières différentes selon les femmes.

En pièce jointe de ce mail vous trouverez un exemplaire du courrier à remettre aux patientes qui se trouvent dans cette situation. Selon le type de consultation, la patiente ne vous aura pas toujours informé d'une éventuelle gêne périnéale, je vous demande donc, dans la mesure du possible, de remettre ce document aux femmes ayant des gênes persistantes.

Le document à destination des patientes est en 2 parties : la 1^{ère} partie explique brièvement mon étude et sera à garder par la patiente, et la 2^{ème} partie est détachable, la patiente devra remplir ses coordonnées et vous remettre le coupon.

Ensuite je contacterai les patientes pour leur expliquer un peu plus en détail mon étude et comment elle va se dérouler, et leur remettrai par mail un document explicatif complet. Nous fixerons également un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

Afin que je puisse récupérer les coordonnées des patientes, je vous demanderai de bien vouloir me les envoyer en photo par sms ou par mail.

Si vous souhaitez avoir plus d'informations sur mon étude vous pouvez également me contacter.

Je vous redonne plus clairement la procédure :

- ✓ *Patiente à partir de 4 mois de son accouchement avec des douleurs/gênes/inconforts au niveau périnéal.*
- ✓ *Vous lui expliquer brièvement que je suis étudiante sage-femme en dernière année et que je réalise mon mémoire sur les gênes périnéales persistantes sur le long terme après un accouchement.*
- ✓ *Vous lui remettez le courrier, qu'elle prend le temps de lire, et complète le coupon à remplir, pour info :*
 - *L'étoile à côté du prénom et du numéro de téléphone signifie que ce sont les informations « obligatoires » à me transmettre pour que je puisse la contacter, l'adresse mail est facultative.*
 - *En cochant la case « accepte », cela ne l'engage à rien, simplement elle m'autorise à la contacter pour lui expliquer un peu plus mon étude. C'est à la suite de mon appel téléphonique qu'elle me dira si elle veut bien participer à l'étude et fixer un entretien avec moi.*
 - *Si la patiente a des questions dont vous n'avez pas la réponse, mes coordonnées sont écrits sur le document, elle ne doit pas hésiter à me contacter si elle le souhaite.*

Je vous remercie d'avance, veuillez agréer Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Caroline VAGINAY

NOTE D'INFORMATION A L'ATTENTION DES PATIENTS

TITRE DE LA RECHERCHE

Etude qualitative du vécu des gênes périnéales persistantes sur le long terme après un accouchement

Promoteur :

Centre Hospitalier de Bourg en Bresse
900 route de Paris
01012 BOURG EN BRESSE CEDEX

Investigateur coordonnateur :

VAGINAY Caroline
Etudiante sage-femme à Bourg-en-Bresse
281 Avenue de Mâcon, 01 440 VIRIAT

Madame,

Votre médecin/ sage-femme vous a proposé de participer à une étude clinique dont le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse est le promoteur. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette étude. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'investigateur de l'étude.

Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne désirez pas prendre part à cette étude, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

Pourquoi cette recherche ?

Lors de mes stages, je me suis aperçue que la question de la douleur périnéale après un accouchement était peu posée. Pourtant, de nombreuses femmes éprouvent encore une gêne, un inconfort à ce niveau. Cette gêne concerne autant les femmes qui ont accouché par les voies naturelles que celles qui ont eu une césarienne, mais également celles qui ont eu une déchirure/ épisiotomie avec ou sans suture, que celles qui n'en ont pas eu. Cet inconfort peut se manifester lors de rapports sexuels, lors de gestes du quotidien comme s'asseoir en tailleur, mettre un tampon, etc.

De plus, le manque d'information des professionnels concernant les méthodes pour soulager cette douleur font que trop peu en parle.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

Mon objectif principal est de comprendre la façon dont les femmes vivent cette douleur/gêne au quotidien et les moyens mis en place pour l'éviter, afin d'envisager une prise en charge adaptée.

Quelle est la méthodologie de cette recherche ?

L'étude est descriptive et se fera par un entretien semi-directif avec vous. Afin d'être recrutée dans mon étude, les critères à respecter sont :

- d'avoir accouché il y a environ 1 an : par les voies naturelles ou par césarienne, avec ou sans lésions périnéales, avec ou sans suture

- qu'il vous reste des douleurs/gênes périnéales apparues après cet accouchement

Peu importe que ce soit votre premier accouchement ou que vous ayez déjà accouché plusieurs fois.

Si vous avez des douleurs/gênes mais que celles-ci ne sont pas apparues à la suite de l'accouchement, qu'elles sont antérieures à celui-ci, ou que vous êtes atteinte de pathologies à type d'endométriose, vous ne pourrez pas être incluse dans cette étude.

Comment va se dérouler cette recherche ?

Si vous acceptez de participer à mon étude, un entretien sera réalisé. Nous conviendrons ensemble d'un rendez-vous, à votre domicile ou bien ailleurs, ou par téléphone/visioconférence si une rencontre en personne n'est pas possible.

L'entretien va durer entre 20 et 50min. Nous aborderons votre vécu de cet inconfort, votre vie quotidienne. Je guiderai l'entretien par des questions ouvertes, auxquelles vous pourrez répondre ou non, aucune réponse aux questions n'est obligatoire.

L'entretien sera enregistré de manière anonyme afin que je puisse le retranscrire par la suite, et sera supprimé dès que j'aurai fini de le retranscrire. La retranscription n'apparaîtra pas en totalité telle quelle dans mon mémoire.

Toute information sera anonymisée, afin qu'aucune caractéristique personnelle ne permette à quiconque de vous identifier en lisant mon mémoire.

Quels sont les bénéfices, les risques et les contraintes liés à votre participation ?

Les bénéfices seront de mieux comprendre cette douleur périnéale et le vécu au quotidien afin de mieux la prendre en charge.

Il n'y a pas de risques à participer à cette étude, tout est mis en œuvre pour protéger vos données.

La seule contrainte sera de trouver une date où nous serons disponibles pour réaliser l'entretien.

Quels sont vos droits ?

La participation est volontaire.

Vous pouvez refuser de participer à cette étude sans conséquence pour vous. Si vous acceptez de participer à cette étude, **vous pourrez retirer votre consentement à tout moment** (avant et en cours d'étude) sans avoir à vous justifier et toujours sans conséquences pour vous.

Comme expliqué ci-dessous, vous pourrez exercer votre droit d'accès aux données et de rectification garantis par les *articles 15 et 16 de la RGPD*.

Données :

Dans le cadre de l'étude, vos données feront l'objet d'un traitement à des fins de recherche, conformément aux recommandations de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Les informations dont vous me ferez part durant l'entretien feront l'objet d'un traitement uniquement à des fins de recherche et ne seront accessibles en l'état que par moi-même, qui suis soumise au secret professionnel.

Le responsable du traitement est le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. L'établissement a désigné un Délégué à la Protection des Données (DPO) que vous pouvez joindre par courriel à **dpo@ch-bourg01.fr** ou à l'adresse

Délégué à la Protection des Données
Direction Générale, Centre Hospitalier Fleuryat,
900 route de Paris, 01440 VIRIAT

Les informations seront conservées de façon dématérialisée et de **manière anonyme** afin d'effectuer les démarches nécessaires *jusqu'à la validation de mon mémoire*.

Les finalités du traitement des données sont :

- Connaître cette douleur/gêne périnéale afin de mieux la définir pour mieux la prendre en charge
- Décrire la méthode de prise en charge dont vous avez bénéficiée afin que les professionnels soient plus à même d'orienter les patientes selon le type de douleur
- En parler pour que ce ne soit plus un sujet tabou, et que les patientes se sentent plus à l'aise de demander conseils

Les données traitées dans le cadre de la recherche sont :

- Votre ressenti au niveau corporel et psychologique de cette douleur/gêne
- L'impact de la grossesse et de l'accouchement sur votre vie en général
- L'accompagnement que vous avez reçu par les professionnels de santé

Ces traitements sont conformes à la Loi relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés et ainsi qu'au règlement du Parlement européen et du Conseil (Règlement Général sur la Protection des Données = RGPD).

Dans le cadre du traitement de vos données il vous est rappelé que vous bénéficiez de droits que vous pouvez exercer directement en contactant le DPO de l'établissement :

- Le droit d'accès à vos données (Article 15 RGPD) : Droit de demander la confirmation que des données à caractère personnel vous concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, l'accès aux dites données à caractère personnel ainsi que des informations sur le traitement, les destinataires, la durée de conservation, les finalités du traitement et les lieux de stockage.
- Sous certaines conditions :
 - Le droit à l'effacement (Article 17 RGPD) : Droit de demander à l'établissement d'effacer, dans les meilleurs délais, les données à caractère personnel vous concernant lorsque les données à caractère personnel ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou si vous vous êtes opposé au traitement de vos données comme prévu ci-dessous.
 - Le droit de rectification (Article 16 RGPD) : Droit de demander la rectification des données à caractère personnel vous concernant qui sont inexactes. Compte tenu des finalités du traitement, vous pouvez également demander que les données à caractère personnel incomplètes soient complétées, y compris en fournissant une déclaration complémentaire.
 - Le droit d'opposition au traitement sous réserve de motif légitime (Article 21 RGPD) : Droit de s'opposer à tout moment, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel vous concernant.

Vous avez également le droit de porter une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés si vos données ne sont pas traitées conformément à la réglementation concernant la protection des données personnelles.

Annexe 4 : Grille d'entretien

Informations générales :

- Type d'accouchement
- Parité
- Gênes préexistantes avant cet accouchement ?

Vécu de l'accouchement :

- Avez-vous un souvenir douloureux de votre accouchement ?
- Avez-vous eu des lésions ?

Vécu des suites de couches :

- Avez-vous ressenti des douleurs au niveau périnéal juste après l'accouchement ?
- Si vous avez eu une lésion, cela a-t-il été une gêne importante lors des suites de couches ?

Vécu du retour à la maison :

- Parlez-moi de l'après ?
- Ressentez-vous toujours une douleur ? Une gêne ? Un inconfort ?
- Comment se passe votre quotidien actuellement ?
- Avez-vous repris le travail ? Des activités ?
- Avez-vous l'impression d'avoir des restrictions depuis la naissance de votre enfant ?
 - Si oui, de quel ordre ?
- Avez-vous mis des choses en place pour éviter cet inconfort ?
 - Si oui, ces choses vous soulagent-t-elles ?

Prise en charge par les professionnels :

- Avez-vous abordé votre inconfort lors de la visite post-natale, ou à une autre consultation avec un professionnel de santé ?
 - Si oui, vous a-t-il été proposé quelque chose ?
 - Si oui, est-ce que la méthode proposée a fonctionné ?
 - Si non, pourriez-vous m'expliquer pourquoi vous n'en avez pas parlé ?

Annexe 5 : Tableau de tri des données

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7	Entretien 8	Entretien 9	Entretien 10	Entretien 11
Vécu de l'accouchement	Souvenir douloureux	Souvenir douloureux	Souvenir douloureux Périurale inefficace Très long Suture sentie et douloureuse	Souvenir douloureux	Spatules : sensation désagréable		Souvenir douloureux Grosse épiso Douleurs hémorroïdes Réa bb : stress ++	Episo mal vécu HDD compliquée + papa Climat anxiogène	Souvenir douloureux Périurale inefficace		
Vécu des suites de couches	Fatigue Inconfort, douleurs SAD mauvais vécu Difficulté 1ers soins bb	Douleur Gêne pour se mobiliser Constipation Brûlures à la miction AM difficile au départ + douleur	Fond douloureux Mauvaise PEC douloureux	Douleur SAD	Douleur à l'épiso	Douleur Gêne pour se mobiliser	Douleur hémorroïde	SAD Difficile de s'occuper de bb Gêne pour se mobiliser	Gênes, vulve gonflée SAD	Difficile de s'occuper de bb Gêne pour se mobiliser Mauvaise PEC douloureux	Gêne, impression vagin enflammé
Vécu du retour à la maison	Inconfort selle : peur points se rouvrent Inconfort cicatrice	Fatigue	Point douloureux Consult chir : dcl fortes douleurs	Sensation de point trop serré		Douleur ++ Douleur ++	Douleur cicatrice ++	Douleur ++		Constipation + Peur que les points lâchent Douleur ++	Douleur au toucher

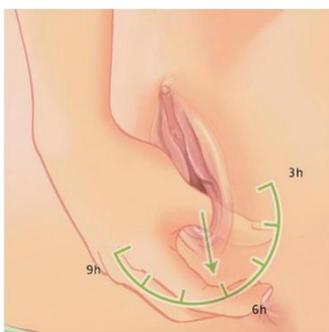
A quel moment ça a été abordé pour la 1ère fois ?	Dernière consult de sa 2ème grossesse	VPN	Début rééduc Difficulté de trouver un interlocuteur	Rééduc Après RS douloureux	6 mois après l'acc	VPN mais gynéco pas compréhensif Rééduc SFL	S1 PP	Rééduc 1ère SFL Difficulté de trouver quelqu'un de compétent 2ème SFL	Rééduc : dernière séance	S1 PP avec amie SFL Plus de pédagogie à l'hôpital PP tabou ? Omerta ?	VPN
Méthode proposée	Rééduc pour vessie Parler des douleurs à la SF de l'hôpital pour son 2ème acc		Programme pour relâcher la fibre musculaire Douleur ++ lors des séances de rééduc	Rééduc peu efficace	Técarthérapie	Técarthérapie	Rééduc pour vessie	Rééduc Técarthérapie	Rééduc + ex relâchement Técarthérapie	Douleur à la rééduc Ostéopathie si douleur aux RS	Crème + gélule pour hydrater Crème anesthésiante Massage

Annexe 6 : Fiche pratique sur le massage périnéal

Le massage périnéal peut être initié à partir du 8^{ème} mois, en aucun cas il ne peut faire de mal. Il peut se pratiquer seule ou avec le partenaire, mais il est préférable de commencer seule au départ afin de ressentir les différentes sensations que cela produit dans le corps. Ensuite selon la souplesse, la sensibilité et le désir il est possible de le faire à deux.

Il est recommandé avant de débiter d'avoir la vessie et le rectum vide, ainsi que les mains et le périnée externe propre. Installez vous dans un endroit calme et intime, mettez vous à l'aise, dans une ambiance relaxante. La position dépend si vous choisissez de faire le massage seul ou avec votre partenaire. Si vous le faites seule, vous pouvez rester debout, les genoux légèrement pliés et écartés, ou en posant un pied sur un tabouret ou le rebord d'une baignoire, ou alors accroupie. Si c'est votre compagnon qui vous masse, installez vous en position demi-assise sur un lit, et laissez reposer le haut du corps sur un plan incliné avec des coussins. Préparer une serviette et une huile de massage compatible avec le périnée.

Une fois installée, prenez une grande respiration et détendez-vous. Mettez un peu d'huile sur le périnée avec vos doigts, entre le vagin et l'anus, et remonter sur les lèvres en faisant des mouvements circulaires.



L'effleurage : introduisez de quelques centimètres votre pouce dans le vagin. L'index et le majeur reste sur le périnée externe, au-dessus de l'anus. Faites des petits mouvements circulaires entre votre doigts de 3H à 9H, puis des mouvements de balancier toujours de 3H à 9H, en appuyant un peu plus.



Les pressions en rayon de soleil : introduisez votre pouce de toute sa longueur dans le vagin. Vous aurez l'impression d'avoir envie d'aller à la selle, cette sensation est normale. Lorsque la pression devient inconfortable, arrêtez votre progression et maintenez l'appui. Ayez conscience de la résistance naturelle du périnée, respirez calmement. Essayer de relâcher l'anus qui a tendance à se contracter. Quand vous le sentez, recommencer à avancer votre pouce jusqu'au prochain réflexe de l'anus. Petit à petit, vous allez apprivoiser votre périnée, et lui permettre de s'étirer plus que ses limites naturelles.



A l'expire, faites une légère pression sur le rebord du vagin à 6H, et observez vos sensations en maintenant l'appui. Vous pourrez à nouveau avoir l'impression qu'une selle descend. Votre anus aura donc tendance à se contracter pour la contenir. Expirez, et avancer de nouveau votre pouce vers l'extérieur pour déplisser le périnée.

Au fur et à mesure des pratiques, vous verrez une amélioration dans vos capacités d'assouplissement et de relâchement. Vous pourrez ensuite essayer les pressions en rayons de soleil, c'est-à-dire faire la même chose, à 3H, 4H, 7H et 9H.

Le massage se pratique 2 à 3 minutes par jour, tous les jours jusqu'à l'accouchement.

Weleda - Massage du périnée

Résumé

Auteur : VAGINAY Caroline caroline.vaginay@gmail.com	Diplôme d'Etat de sage-femme
Titre : Etude qualitatives des gênes périnéales persistantes sur le long terme après un accouchement	
Résumé : <p><u>Introduction :</u> La fréquence des douleurs périnéales à 3 mois du post-partum varie entre 20 et 40% selon les ouvrages. Pourtant seulement 80% des douleurs sont dépistées, et parmi elles, 20% ne sont pas prises en charge.</p> <p><u>Objectif :</u> Comprendre la façon dont les femmes vivent cette douleur au quotidien et les moyens mis en place pour l'éviter.</p> <p><u>Méthode :</u> Etude qualitative composée de 11 entretiens semi-directifs réalisés à environ 8 mois de l'accouchement.</p> <p><u>Résultats et discussion :</u> Notre travail a montré que la majorité des femmes ne sont plus douloureuses au quotidien. Néanmoins, pour la plupart, un inconfort persiste lors des rapports sexuels, allant d'une simple gêne à une douleur intense empêchant le rapport. Le vécu de l'accouchement, plus que les éventuelles lésions périnéales, semble être à l'origine de la persistance des ces douleurs à distance des suites de couches. Une prise en charge doit être proposée pour soulager les patientes, afin de leur permettre de retrouver une vie de femme.</p> <p><u>Conclusion :</u> Le dépistage et la prise en charge de ces douleurs périnéales sont essentiels dès le post-partum immédiat. Il serait intéressant d'étudier ces douleurs chez des patientes ayant un périnée intact ou chez des patientes césarisées.</p>	
Mots clés : Douleurs périnéales – Post-partum	

Title: Qualitative study of persistent perineal discomfort in the long term after childbirth
Abstract: <p><u>Introduction:</u> The frequency of perineal pain at 3 months postpartum varies between 20 and 40% according to the literature. However, only 80% of pain is detected, and of these, 20% are not treated.</p> <p><u>Objective:</u> To understand how women experience this pain daily and the means put in place to avoid it.</p> <p><u>Methods:</u> Qualitative study composed of 11 semi-structured interviews conducted approximately 8 months after delivery.</p> <p><u>Results & discussion:</u> Our work has shown that most women are no longer in pain daily. Nevertheless, for most of them, discomfort persists during sexual intercourse, ranging from simple discomfort to intense pain preventing intercourse. The experience of childbirth, more than possible perineal lesions, seems to be at the origin of the persistence of these pains at a distance from the post-partum period. Treatment must be proposed to relieve the patients, to allow them to return to a woman's life.</p> <p><u>Conclusion:</u> Screening and management of this perineal pain is essential from the immediate postpartum period. It would be interesting to study these pains in patients with an intact perineum or in caesarean patients.</p>
Key words: Perineal pain - Postpartum