

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018

N° 2018-50

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Leslie CHAUVIGNE
née le 07 février 1989 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 28 mai 2018

**Parcours de soin des patientes ayant des dyspareunies dans
le post-partum :**

Etude sur les femmes ayant accouché à la maternité de Challans
entre janvier et juin 2017

Président : Monsieur le Professeur LOPES Patrice

Directrice de thèse : Docteur SURRAULT Anne

Remerciements

A Monsieur le Professeur Patrice LOPES,

Pour avoir accepté de présider ce jury. Recevez mes sincères salutations et soyez assuré de mon profond respect.

Au Docteur Anne SURRAULT,

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour la confiance que tu m'as accordée et pour avoir conforté mon choix de la médecine générale.

Au Professeur PLOTEAU Stéphane, au Professeur SENAND Remy, à Mme BADON Virginie,

Pour avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Teddy LINET,

Pour avoir éveillé mon intérêt pour la sexologie et pour le sujet de ce travail, pour avoir accepté de le réaliser au sein de son service, pour son accompagnement bienveillant et le partage de ses connaissances lors de mon passage en stage.

Aux femmes ayant accepté de participer à l'étude et particulièrement aux treize femmes ayant accepté de partager leur expérience lors des entretiens.

Aux médecins rencontrés lors de mes stages ambulatoires et hospitaliers,

Pour le partage de leurs expériences et de leurs connaissances et pour m'avoir confortée dans mon choix de la médecine générale.

A mes parents,

Pour votre soutien incommensurable dans l'ensemble de mes études et dans l'écriture de cette thèse. Pour toutes les valeurs et l'ouverture d'esprit que vous m'avez transmises et qui me permettent aujourd'hui d'être médecin.

A François,

Pour m'avoir soutenue dans ce travail, pour tes conseils et ton aide précieuse, pour tout ce que tu m'apportes.

A ma sœur Mélanie,

Pour ton soutien dans toutes ces années d'étude et pour ta relecture bienveillante.

A mes relectrices et amies Laurie, Claire et Marion,

Pour le temps pris pour relire ce travail et pour tous les moments passés et à venir à partager.

A mes amies de toujours ou presque, Claire, Vira, Enora, Elena, Céline, Sandrine,

Pour votre soutien tout au long de ces longues études et pour les moments partagés qui m'ont permis de m'évader.

A mes amis médecins Julie, Margaux, Pierre-Antoine, Koro, Morgane, Juliette, Marie, Lucie,

Pour votre soutien et tous ces moments ensemble qui ont fait de l'externat et de l'internat des moments géniaux.

A tous mes amis et ma famille pour leur soutien dans ce long parcours.

Table des matières

1	Introduction	7
1.1	Concept de santé sexuelle.....	7
1.1.1	Définition OMS (Organisation Mondiale de la Santé)	7
1.1.2	Objectifs en santé sexuelle internationaux	7
1.1.3	Evolution des objectifs en santé sexuelle nationaux.....	8
1.1.4	Santé sexuelle en France et consultation médicale	9
1.2	La dyspareunie dans le post-partum	9
1.2.1	Incidence	9
1.2.2	Facteurs influant.....	10
1.2.3	Prise en charge des dyspareunies dans le post-partum	12
1.3	Problématique.....	15
2	Méthode.....	16
2.1	Type d'étude	16
2.2	Sélection des participantes	16
2.2.1	Population étudiée	16
2.2.2	Recrutement des patientes	17
2.2.3	Stratégie d'échantillonnage des entretiens.....	18
2.2.4	Lieux et temps du recrutement et des entretiens.....	19
2.2.5	Schéma de recrutement.....	19
2.3	Mode de recueil des données	20
2.3.1	Questionnaire.....	20
2.3.2	Guide d'entretien	21
2.3.3	Déroulement des entretiens	22
2.3.4	Retranscription des entretiens.....	23
2.3.5	Carnet de bord	24
2.4	Analyse quantitative des questionnaires	24
2.5	Analyse qualitative des entretiens	24
2.5.1	Analyse de contenu	24
2.5.2	Grille d'analyse thématique	25
2.5.3	Analyse interprétative	26
2.5.4	Triangulation des données	26
2.6	Considération éthique.....	26
3	Résultats.....	27
3.1	Analyse quantitative descriptive	27

3.1.1	Sélection des patientes	27
3.1.2	Description de la population étudiée	29
3.2	Analyse qualitative descriptive.....	36
3.2.1	Caractéristiques des femmes interviewées.....	36
3.2.2	Présentation schématique des résultats principaux et secondaires	37
3.2.3	Parcours de soin des patientes souffrant de dyspareunie au troisième mois du postpartum.....	37
3.2.4	Place du médecin généraliste dans le parcours de soin de femmes ayant des dyspareunies dans le post-partum	64
3.2.5	Déterminants du parcours de soin	70
3.2.6	Avis sur le parcours de soin	79
3.3	Analyse qualitative interprétative	84
3.3.1	Introduction.....	84
3.3.2	Élaboration de profils types de patientes.....	84
3.3.3	Profil type de patientes et vécu du parcours de soin	85
4	Discussion.....	88
4.1	Rappel des principaux résultats	88
4.2	Forces et faiblesses de l'étude	91
4.2.1	Pertinence de la méthode et originalité des résultats	91
4.2.2	Validité interne	91
4.2.3	Validité externe	92
4.2.4	Fiabilité ou cohérence interne.....	93
4.2.5	Biais de sélection	94
4.2.6	Biais d'information	95
4.2.7	Biais méthodologique.....	96
4.3	Discussion des résultats	97
4.3.1	Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des dyspareunies du post-partum	97
4.3.2	Initiation de la communication sur la dyspareunie du post-partum par le professionnel de santé	101
4.3.3	Le couple dans la prise en charge des dyspareunies du post-partum.....	105
4.4	Implications pratiques et perspectives.....	110
5	Conclusion.....	111
6	Bibliographie	113
7	Annexe	117
7.1	Annexe 1.....	117

7.2	Annexe 2.....	117
7.3	Annexe 3.....	119
7.4	Annexe 4.....	120
7.5	Annexe 5.....	122
7.6	Annexe 6.....	126
7.7	Annexe 7.....	128

1 Introduction

1.1 Concept de santé sexuelle

1.1.1 Définition OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

Le concept de santé sexuelle est apparu en 1974 lors d'une conférence de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Sa dernière définition, élaborée par l'OMS, date de 2002. La santé sexuelle est définie comme : « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient source de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. » (1)

1.1.2 Objectifs en santé sexuelle internationaux

En 2015, l'OMS a publié un « guide de la communication brève relative à la sexualité ». Ce guide est paru dans le contexte d'une préoccupation nécessaire et croissante autour de la santé sexuelle et était associé à des recommandations. L'une de ces recommandations était de « former les prestataires de soins de santé en les dotant de connaissance sur la santé sexuelle et de compétence en matière de communication brève relative à la sexualité ». L'objectif de ce guide était donc de développer chez les soignants une technique de communication brève pour faciliter l'expression des problèmes de santé sexuelle par les patients (2).

Depuis, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a fait paraître un programme de développement durable incluant 17 objectifs à l'horizon 2030. L'un d'entre eux concerne plus spécifiquement le développement de la santé et du bien-être. Au sein de ces 17 objectifs décomposés en nombreuses cibles, 27 concernent la santé sexuelle. Parmi ces 27 cibles, certaines ont des implications pour l'activité médicale et de santé publique, par exemple :

« 3.4 Réduire les troubles sexuels, organiques et fonctionnels. »

« 3.7 Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle procréative y compris à des fins de planification familiale, d'information, d'éducation »

« 4.5 Éliminer les inégalités face à l'éducation sexuelle et aux services de santé sexuelle et reproductive »

« 17.17 Encourager et promouvoir les partenariats gouvernementaux, de la société civile pour implanter les stratégies de santé sexuelle » (3)

1.1.3 Evolution des objectifs en santé sexuelle nationaux

Le concept de santé sexuelle selon l'OMS a inspiré le développement de politiques de santé publique en France. Ainsi l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) reprend en 2012 ce concept en définissant différentes actions dont la promotion de la santé sexuelle par le biais de la prévention collective (campagne nationale, diffusion de brochures, ...) (4).

Le Haut Conseil en Santé Publique (HCSP) fait le constat, dans un rapport relatif à la santé sexuelle de 2016, de prises en charge de la santé sexuelle mises en œuvre par de nombreuses institutions et manquant d'articulations entre elles. Il propose donc d'organiser « une stratégie nationale de santé sexuelle, afin d'assurer un état de bien-être physique, mental, émotionnel et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population ». Par ailleurs, l'HCSP préconise que le développement de la santé sexuelle concerne « la prise en charge des dysfonctionnements sexuels ainsi qu'une démarche plus large de promotion de la santé et du bien-être sexuel » (5).

Le ministère des affaires sociales et de la santé a publié en mars 2017 une stratégie de santé sexuelle comme plan d'action à l'horizon 2030. Ce texte s'appuie sur le rapport de l'HCSP de 2016 et s'inscrit dans les objectifs de développement durable à l'horizon 2030 émis par l'ONU. Cette stratégie s'articule en 5 axes qui sont les suivants :

- « - Axe 1 : Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive.
- Axe 2 : Améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales
- Axe 3 : Améliorer la santé reproductive
- Axe 4 : Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables
- Axe 5 : promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle. »

Au sein de ces axes, l'objectif de renforcer le rôle du médecin généraliste autour de la santé sexuelle a été posé. Le développement de la formation des professionnels de santé, en

particulier ceux de premier recours, à la santé sexuelle fait partie des priorités énoncées dans le rapport (3).

1.1.4 Santé sexuelle en France et consultation médicale

Dans le rapport de l'HSCP de mars 2016 relatif à la santé sexuelle, il est rappelé que différentes études ont pu montrer que la sexualité était un facteur déterminant de la qualité de vie et de la santé globale (5). Une des enquêtes récentes sur la sexualité des français date de 2008. Dans cette enquête, les difficultés liées à la sexualité étaient retrouvées chez 35 à 65% des personnes selon leur âge et de leur sexe. Les dysfonctions sexuelles féminines les plus fréquentes étaient les troubles de l'orgasme (36%), les troubles du désir (35%) et les rapports sexuels douloureux (16%). Chez les femmes ayant des dysfonctions sexuelles, 26,4% n'avaient entamé aucune démarche pour la résolution de ce trouble (6). Par ailleurs, le sujet de la vie affective et sexuelle était l'un des trois sujets les plus difficiles à aborder en consultation pour 59% des médecins généralistes selon une enquête « Baromètre de santé » de 2009. Ce sujet était placé après la consommation d'alcool et avant l'usage de drogue (7).

C'est dans ce contexte qu'il a semblé pertinent de s'intéresser à la prise en charge actuelle d'une dysfonction sexuelle féminine : la dyspareunie du post-partum.

1.2 La dyspareunie dans le post-partum

1.2.1 Incidence

L'incidence des dyspareunies du post-partum est complexe à évaluer. D'une part car les échelles de mesure ne sont pas les mêmes en fonction des études et qu'elles ne permettent pas toujours de nuancer l'intensité de la douleur. Il n'existe d'ailleurs pas de questionnaire propre au post-partum évaluant les dyspareunies (8–11). D'autre part, il existe des facteurs de confusion pouvant faire varier les taux d'une étude à l'autre (parité, âge, problème de relation de couple, ...)(12). L'incidence des dyspareunies du post-partum varie donc en fonction des études. Selon des études s'intéressant aux primipares, il était retrouvé des taux de dyspareunie, de 41% à 3 mois du post-partum et 22% à 6 mois du post-partum (Signorello et al, 1997, étude américaine sur 615 primipares) (13), de 62% à 3 mois du post-partum et

31% à 6 mois du post-partum (Barrett et Al, 2000, étude anglaise sur 796 primipares) (14), de 44% au 3^{ème} mois, 43% au 6^{ème} mois et 23% au 18^{ème} mois du post-partum dans une étude australienne multicentrique parue en 2015 portant sur 1507 primipares(15). Dans l'étude Glazener et al datant de 1997 portant sur 1249 femmes primipares et multipares, à 2 mois du post-partum, 28,1% rapportaient des dyspareunies et 28,5% des femmes ne reprenait pas d'activité sexuelle en raison de la peur des dyspareunies(16).

1.2.2 Facteurs influant

Plusieurs études ont recherché des facteurs de risque de dyspareunie du post-partum et un lien avec le mode d'accouchement. Les résultats sont peu consensuels au sujet du lien sur ce sujet, probablement à cause de nombreux facteurs de confusion (9–12). En effet, l'étude de Barrett et al (14) concernant 796 primipares avait montré que les dyspareunies au 3^{ème} mois du post-partum étaient plus fréquentes chez les femmes ayant accouché par voie basse que celles césarisées. A l'inverse, une étude de cohorte prospective réalisée en 1990 à Montréal et incluant 999 patientes primipares ou multipares avait montré que les femmes césarisées avaient plus de dyspareunie au 3^{ème} mois du post-partum que celles ayant accouché par voie basse avec un périnée intact (40,7% vs 26,2%). Pour les patientes primipares avec des dyspareunies au 3^{ème} mois du post-partum, il n'y avait pas de différence significative en fonction du mode d'accouchement (17). Au sujet des dyspareunies plus tardives, une étude parue en 2015 portant sur 1507 primipares montrait une augmentation significative des dyspareunies au 6^{ème} et au 18^{ème} mois du post-partum chez les femmes ayant reçu une intervention obstétricale (forceps, vacuum) ou ayant eu une césarienne en urgence par rapport à celles ayant eu un accouchement par voie basse avec périnée intact(15). De même Signorello et al (13) retrouvait dans son étude sur 615 primipares, une association entre l'accouchement par voie basse instrumentale et la dyspareunie au 6^{ème} mois du post-partum.

Le lien entre le traumatisme périnéal et la dyspareunie a également été évalué dans différentes études avec des résultats discordants. L'épisiotomie et la suture d'une déchirure périnéale étaient associées à plus de dyspareunie à 6 mois du post-partum dans l'étude de McDonald et al (15). Les déchirures périnéales du 2nd, 3^{ème}, 4^{ème} degrés étaient associées aux

dyspareunies à 3 mois du post-partum selon Signorello et al (13). Dans des revues de littérature, on retrouvait que l'épisiotomie et le traumatisme périnéale pouvaient ne pas être associés à une augmentation des dyspareunies à 3 mois ou à 6 mois du post-partum(10–12). Plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'un problème de cicatrisation périnéale peut être à l'origine de dyspareunie du post-partum superficielle (11,18,19).

Certaines étiologies semblent pour autant plus consensuelles pour expliquer ces dyspareunies du post-partum. Cependant, les causes physiques et les causes psychiques sont parfois difficiles à distinguer (19,20). Tout d'abord physiologiquement, on observe une diminution des œstrogènes dans le post-partum et des pics de prolactine chez les femmes allaitantes. Ces modifications hormonales diminuent le désir sexuel et la lubrification et peuvent entraîner des dyspareunies (9,12,13,18,19). Les pilules contraceptives peuvent également jouer un rôle hormonal sur la libido et la lubrification vaginale et donc indirectement sur les dyspareunies. L'asthénie liée à l'accouchement et aux réveils nocturnes ainsi que le changement de l'image du corps féminin altèrent également la sexualité du couple (9,18,19). La dépression du post-partum semble entraîner des dysfonctions sexuelles dont une majoration des douleurs périnéales et une baisse du désir sexuel (9,10,18,19). Enfin, l'appréhension de la reprise de la sexualité et des douleurs pelvi-périnéales ainsi que l'anxiété et les problématiques au sein du couple sont des facteurs influant la dyspareunie (10,18–20). L'étude de Barrett et Al(14) retrouvait également que 12% des femmes souffrant de dyspareunie à 6 mois du post-partum présentait ce symptôme avant le début de la grossesse. Ce lien entre la dyspareunie antérieure à la grossesse et la dyspareunie du post-partum apparait dans plusieurs études et dans des revues de littérature (9,12,15,18). Une revue de littérature anglaise de 2005 présentait un schéma de la complexité des interactions entre les causes organiques ou non-organiques des dyspareunies du post-partum (19). Ce schéma a été traduit de l'anglais. (figure 1)

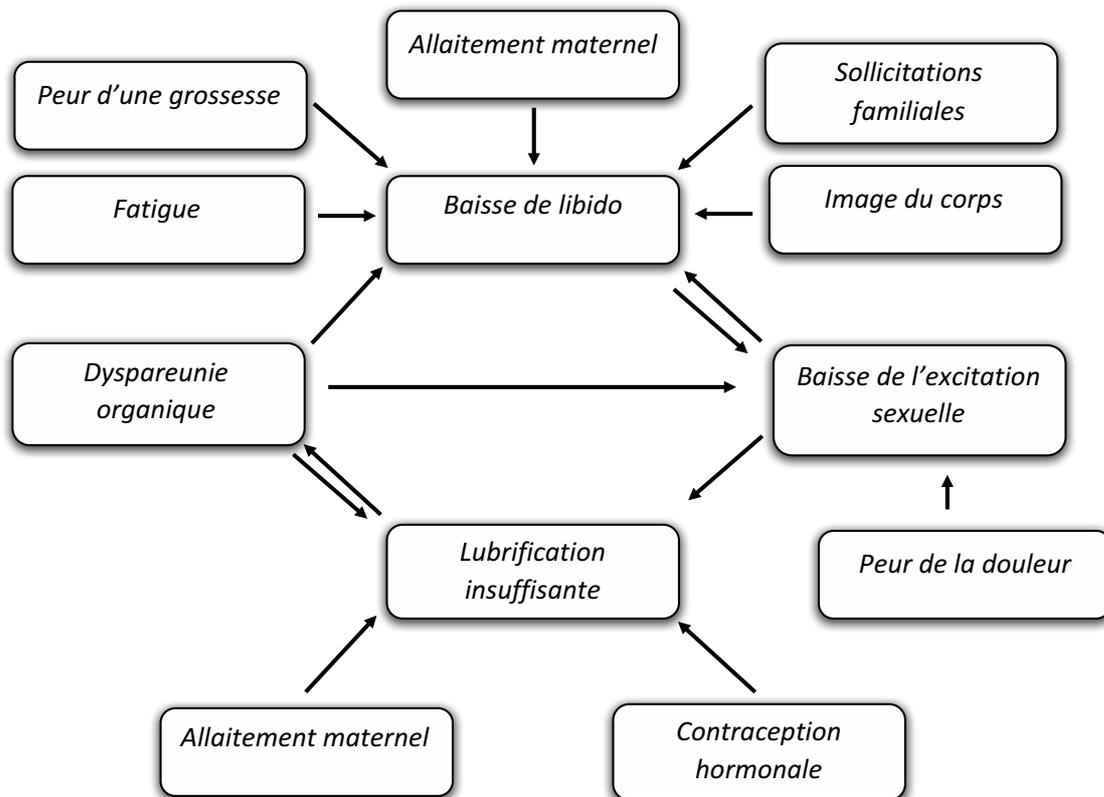


Figure 1. Représentation schématique des interactions entre les dyspareunies du post-partum et les dysfonctions sexuelles non organiques, à partir de l'étude Kettle et al (19).

1.2.3 Prise en charge des dyspareunies dans le post-partum

1.2.3.1 Recommandations actuelles

Après une revue de la littérature sur le sujet, il semble que peu d'études s'intéressent à part entière à la question de la prise en charge des patientes souffrant de dyspareunies du post-partum, même si quelques données existent sur ce sujet. Dans une revue de la littérature de 2005 parue dans le Royal college of Obstetricians and Gynaecologist, une équipe de gynécologues obstétriciens de l'hôpital anglais de Staffordshire proposait un algorithme de prise en charge des dyspareunies du post-partum basé sur l'expérience au sein de leur service (figure2) (19). Les dernières recommandations du CNGOF en 2015 sur la prise en charge du post-partum ne traitaient pas de la prise en charge des dyspareunies du post-partum. Ils recommandaient une consultation entre 6 et 8 semaines après l'accouchement réalisée par

un gynécologue, une sage-femme ou un généraliste se composant d'un examen clinique en fonction des symptômes présentés par la patiente mais pas systématiquement un examen gynécologique. Ils ne proposaient pas d'exploration des dysfonctions sexuelles dans le post-partum (21). L'HAS proposait dans son document de recommandation de 2005 d'évoquer lors de la visite post natale, la reprise des rapports sexuels et ses troubles possibles (22).

1.2.3.2 Information prénatale au sujet des dyspareunies du post-partum

En l'absence de recommandation officielle sur le sujet, certaines études proposent des modèles d'information et de prévention des dysfonctions sexuelles du post-partum. Il est par exemple proposé que les professionnels de santé apportent de l'information et des conseils sur les changements et les troubles possibles de la sexualité du post-partum dans la période prénatale (8,9,11,12,16,23,24). Dans le document de l'INPES intitulé « Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité », aucune mention n'était faite de l'information au sujet de la sexualité de la grossesse ou du post-partum (25). Dans le document HAS de 2005, des recommandations étaient faites quant à l'organisation et au contenu des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, sans faire mention d'information sur la sexualité du post-partum (22).

1.2.3.3 Prise en charge diagnostique

Un algorithme de prise en charge diagnostique a été proposé par Kettle et al (19) en 2005. (Figure 2) Il est proposé de rechercher si la dyspareunie est préexistante ou pas à la grossesse et si les douleurs sont superficielles ou profondes. La recherche d'autres troubles sexuels et leur ordre d'apparition peuvent donner une idée du processus étiologique. Il est important de rechercher des facteurs psychologiques comme une anxiété ou une dépression ainsi que les conséquences du trouble sexuel sur le couple. L'administration à la patiente d'un auto-questionnaire pour évaluer ses troubles sexuels était proposé dans une autre étude afin de faciliter la communication au sujet de la sexualité (11). Le frein principal à l'exploration des dysfonctions sexuelles dans le post-partum, pour les patientes comme pour les professionnels de santé, était la communication (10,11,19,23,26).

Un examen clinique permet ensuite de s'orienter selon les différentes étiologies des dyspareunies du post-partum. L'examen se compose d'une inspection de l'état cutané et de la cicatrisation. Il est recherché des irritations, des varices, un trouble de la sensibilité du tissu cicatriciel ... Ensuite, il est proposé un toucher vaginal prudent à la recherche de douleur provoquée ainsi qu'une évaluation du plancher pelvien. Un examen au speculum peut être réalisé si une infection est suspectée. L'objectif est de distinguer les causes organiques des dyspareunies du post-partum, des causes non organiques (19).

1.2.3.4 Prise en charge thérapeutique

L'algorithme de prise en charge issu de la revue de littérature de Kettle et al (19) est présenté en figure 2. Une prise en charge pluridisciplinaire est recommandée (19,23). La prise en charge thérapeutique doit tenir compte de l'orientation étiologique, même si cela n'est pas toujours aisé puisque les causes de dyspareunies peuvent être multiples. Les axes d'intervention étaient la sexothérapie pour les dyspareunies non organiques ou préexistantes ; la réassurance, les lubrifiants et la relaxation pour la sécheresse vaginale ; la réassurance et le massage de la cicatrice lorsque celle-ci était douloureuse. La persistance de cette sensibilité à 6 mois du post-partum pouvait nécessiter une intervention chirurgicale sous anesthésie locale (procédure de Fenton modifiée) (19).

D'autres prises en charge thérapeutiques des dyspareunies du post-partum sont proposées par d'autres auteurs. Certaines sont consensuelles comme l'utilisation de lubrifiant, le massage de la cicatrice périnéale, l'adaptation de la sexualité (alternative au rapport sexuel pénétrant ou position sexuelle permettant à la femme de contrôler la profondeur de la pénétration) (12,23,27,28). D'autres alternatives comme l'ultrasonographie (20,29), le massage anténatal du périnée (11) ou la rééducation périnéale dans le post-partum (12,30) ont des résultats contrastés dans la littérature expliquant l'absence de recommandation pour leur utilisation dans le post-partum (21).

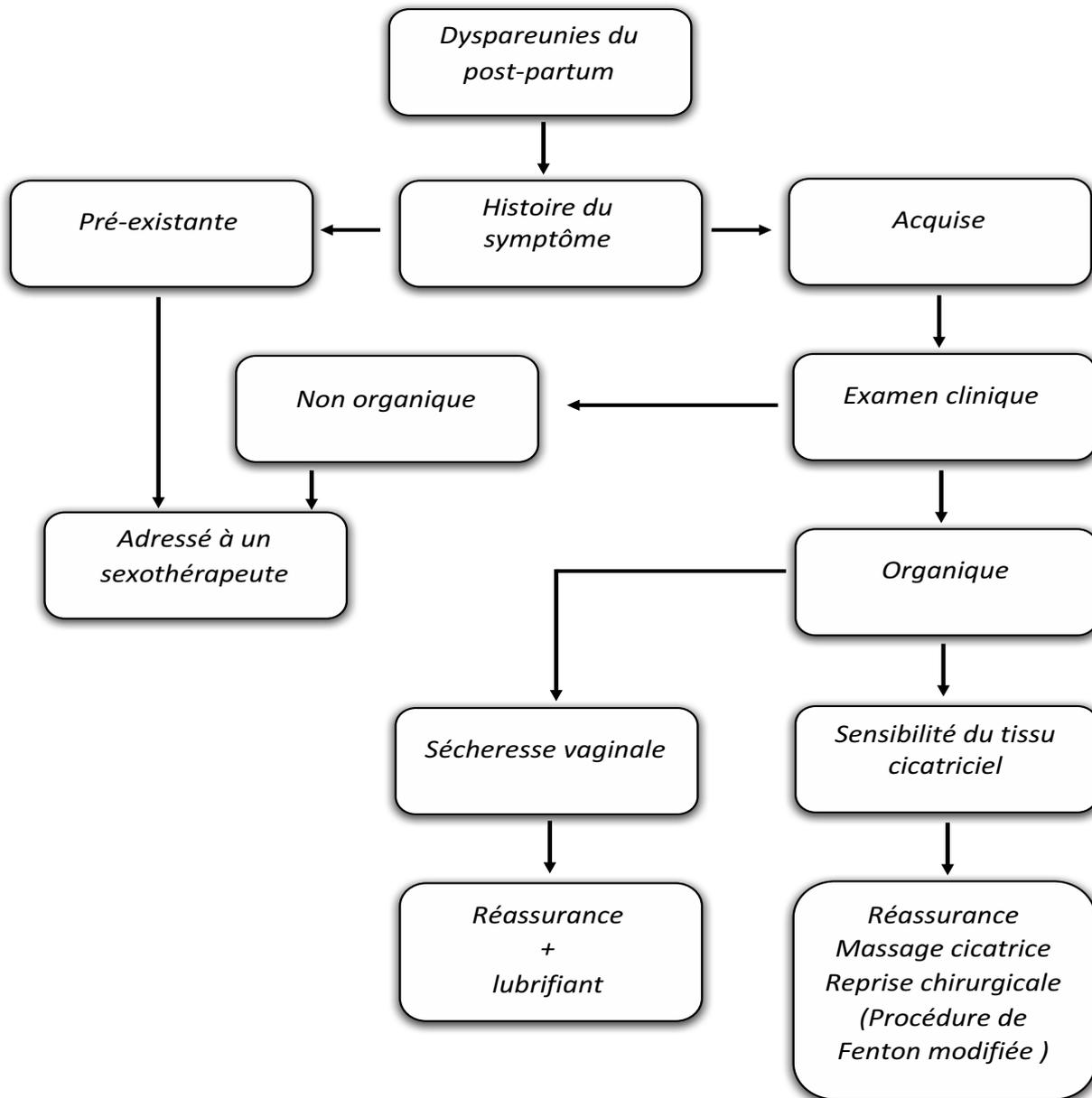


Figure 2. Algorithme de prise en charge des dyspareunies du post-partum selon l'étude de Kettle et al (19)

1.3 Problématique

L'objectif principal de cette recherche était l'évaluation de la prise en charge des femmes souffrant de dyspareunie dans les 3 premiers mois du post-partum. Les trois dimensions de prévention, de diagnostic et de proposition thérapeutique étaient évaluées. Les objectifs

secondaires étaient de rechercher les déterminants de cette prise en charge (facteurs limitant, facilitant) notamment communicationnels, la place du médecin généraliste dans cette prise en charge et les attentes des patientes souffrant de dyspareunie, vis à vis de cette prise en charge.

2 Méthode

2.1 Type d'étude

Cette recherche s'appuie sur une méthode mixte à dominante qualitative. Des questionnaires ont été envoyés aux patientes ayant donné leur consentement à la maternité, pour obtenir les données quantitatives. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés pour la recherche qualitative auprès des femmes qui avaient retourné leur questionnaire et qui déclaraient avoir des dyspareunies. L'étude a débuté par la partie quantitative observationnelle descriptive et elle s'est poursuivie en parallèle de la partie qualitative. Les questionnaires ont tout d'abord permis de développer un échantillonnage raisonné. Ainsi, la base de données quantitatives a permis de recruter des patientes pour les entretiens. Les résultats de la partie quantitative ont complété certaines analyses qualitatives en les consolidant. La typologie de l'étude mixte réalisée est présentée en Annexe 1 (31–33).

2.2 Sélection des participantes

2.2.1 Population étudiée

Les patientes du service de la maternité de niveau 1 à Challans (Vendée, 85) pouvaient être incluses dans l'étude. Toutes les femmes majeures juridiquement aptes, quel que soit leur mode d'accouchement, ayant donné naissance à un enfant vivant et ayant remis leur consentement éclairé étaient recrutées. Les patientes ne maîtrisant pas la langue française étaient exclues.

2.2.2 Recrutement des patientes

2.2.2.1 *Consentement écrit*

2.2.2.1.1 *Distribution du document d'information et de consentement*

Le recrutement des patientes a été réalisé par le biais d'une fiche d'information et de consentement écrit distribué à toutes les femmes entre leur accouchement et la sortie de la maternité. La fiche d'information était distribuée aux femmes ayant accouché par voie basse, par les sages-femmes du service, et aux femmes ayant accouché par césarienne, par les internes en médecine. Cette différence est expliquée par une organisation spécifique du service pour la gestion de la sortie de la maternité de chaque femme. Les patientes ayant donné leur accord pour participer ont rempli un consentement écrit qui était ensuite récupéré par les sages-femmes ou les internes et déposé dans une bannette dédiée.

2.2.2.1.2 *Contenu du document d'information et de consentement*

Ce document était intitulé : « Document d'information et formulaire de consentement à une étude médicale : qualité de vie personnelle après l'accouchement ». Il comportait dans une première partie les coordonnées du promoteur de l'étude, une explication du travail de recherche et le déroulé du protocole. Dans une deuxième partie se trouvait le formulaire de consentement à compléter et à signer avec la date d'accouchement, les noms, prénom, adresse postale et numéro de téléphone de la patiente. La feuille se séparait en deux afin qu'elle puisse conserver un exemplaire de la lettre d'information. Ce document est présenté en Annexe 2.

Toute notion de sexualité a volontairement été omise dans la description du projet pour plusieurs raisons. Tout d'abord l'objectif était d'éviter un biais de sélection inhérent au tabou lié au sujet de la sexualité, or une des hypothèses était justement que ce sujet pouvait gêner les patientes et empêcher la communication avec les professionnels de santé. De plus, il n'était pas souhaitable d'introduire de lien entre sexualité et post-partum auprès des patientes dans la lettre d'information alors même que l'une des hypothèses était que le personnel de santé ne le faisait pas auprès des patientes. Enfin, les femmes étaient informées

dans ce document de leur possibilité de se retirer à tout moment de l'étude. Ainsi, elles avaient le choix de répondre ou non au questionnaire lorsqu'elles le recevaient.

2.2.2.2 *Traitement des documents de consentement*

Ces documents ensuite récupérés ont été classés par ordre croissant de la date d'accouchement puis codés avec une lettre P (Patiente) et un chiffre croissant de 001 à 105. Les données d'identification associés à la codification ont été transcrites dans un premier tableur Excel dénommé « Consentements ».

2.2.3 Stratégie d'échantillonnage des entretiens

Le mode de recrutement pour la partie qualitative a été réalisé en variation maximale, c'est à dire de façon à ce que certains critères prédéfinis varient sur l'ensemble de l'échantillon. L'échantillonnage théorique a été constitué au fur et à mesure des réponses aux questionnaires. Les patientes sélectionnées souffraient toutes de dyspareunie, approchaient du troisième mois du post-partum et acceptaient un entretien. Une patiente sélectionnée, n'ayant pas repris les rapports sexuels, appréhendait les dyspareunies. Le choix des patientes visait ensuite à varier l'échantillon pour l'âge, la parité, l'existence d'un allaitement maternel en cours, le mode d'accouchement, le type de traumatisme périnéal, l'existence de dyspareunies antérieures à la grossesse et la communication ou non autour des difficultés sexuelles auprès d'un professionnel de santé. Ces différents critères ont permis de diversifier les points de vue des femmes interrogées. Certains critères ont été définis *a priori* ou au regard des recherches bibliographiques sur la problématique. D'autres critères étaient des variables descriptives classiques (34).

Le nombre de femmes sélectionnées a été déterminé par la saturation des données. Ainsi après le onzième entretien, il ne semblait plus y avoir de nouvelles catégories émergentes lors de l'analyse. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés permettant de le confirmer (33–35).

2.2.4 Lieux et temps du recrutement et des entretiens

Les patientes ont été incluses entre le 10 janvier 2017 et le 15 juin 2017 à la maternité de Challans (Vendée 85). Les entretiens se sont déroulés du 24 avril 2017 au 17 juillet 2017. Les patientes étaient systématiquement à leur domicile lors de l'entretien.

2.2.5 Schéma de recrutement

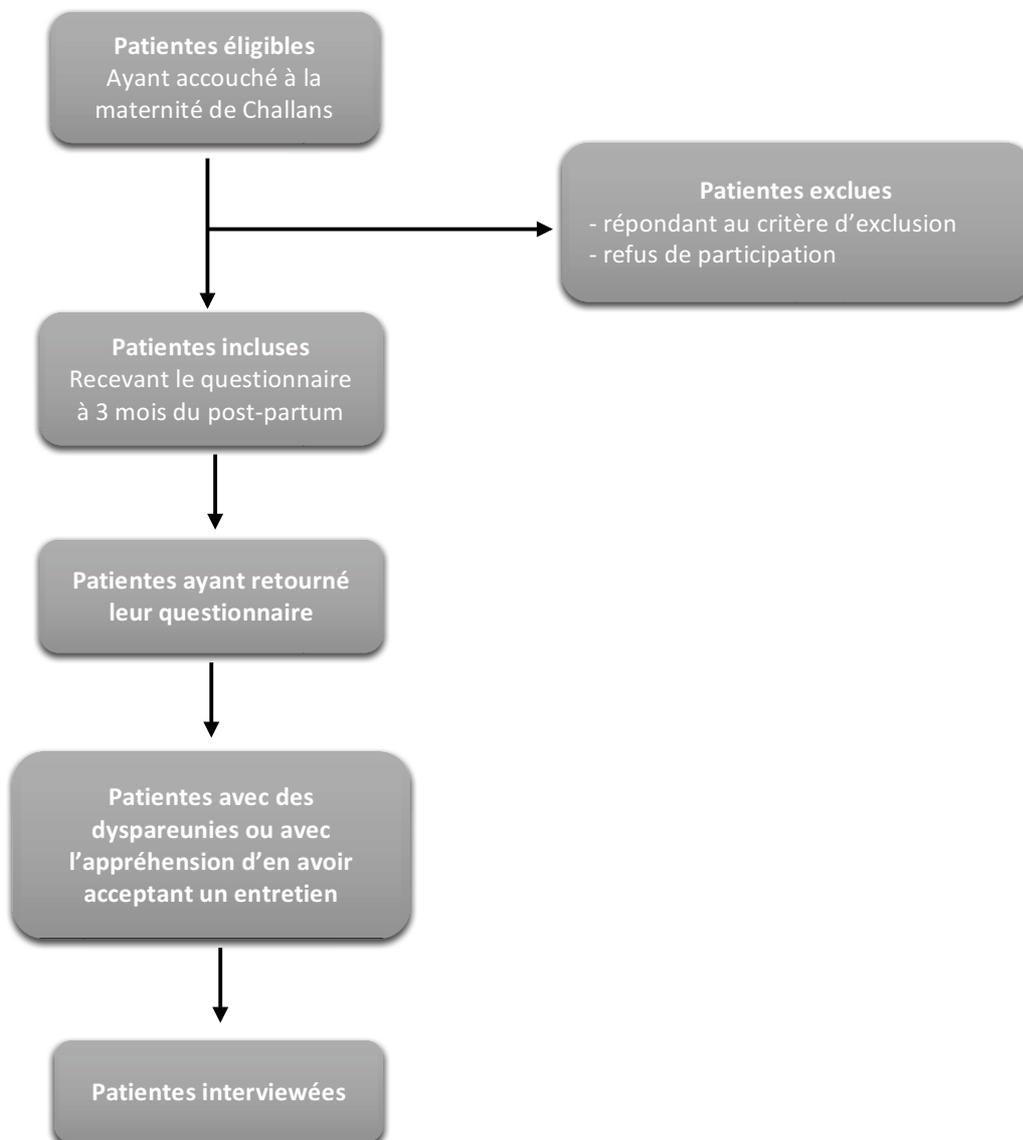


Figure 3. Recrutement des patientes

2.3 Mode de recueil des données

2.3.1 Questionnaire

2.3.1.1 *Composition du questionnaire*

Le questionnaire envoyé aux patientes au troisième mois de leur post-partum comportait huit questions. Un volet était composé des données démographiques (âge et parité), du mode d'accouchement, de la présence et du type de traumatisme périnéal (déchirure ou épisiotomie), de la présence d'un allaitement maternel en cours et de l'existence de dyspareunies antérieures à la grossesse. Des questions plus spécifiques concernant la sexualité suivaient. Tout d'abord sur la reprise ou non de la sexualité dans le post-partum et son délai. La question suivante comparait la sexualité dans l'année précédant la grossesse à celle depuis l'accouchement, en évaluant le ressenti douloureux (moins, autant, plus ou non présent). Puis une première question portant sur la communication avec les professionnels de santé interrogeait les femmes souffrant de dyspareunie afin de savoir si elles en avaient parlé à un professionnel de santé. Enfin, il leur était demandé si un professionnel de santé avait abordé avec elle le sujet de la douleur à la reprise de la sexualité. La dernière question les invitait à préciser si elles acceptaient un entretien dans le cas où elles ressentaient des douleurs depuis la reprise de la sexualité ou si elles appréhendaient les douleurs à la reprise de la sexualité. Un espace avec la mention « commentaire libre » était laissé à la suite des questions sans aucune consigne particulière. Les coordonnées du chercheur figuraient en bas de page. Elles étaient invitées à envoyer un mail sur une boîte dédiée à ce travail de recherche pour indiquer si elles souhaitaient recevoir les résultats de l'étude. (Annexe 3)

2.3.1.2 *Validation du questionnaire*

Le questionnaire a été testé sur un échantillon de dix femmes, ayant déjà eu un ou plusieurs enfants afin de vérifier son intelligibilité. Ces femmes n'appartenaient pas à l'échantillon inclus à la maternité de Challans. Des questions ont été modifiées à l'issue de ce test afin d'en faciliter la compréhension. Le questionnaire finalisé est présenté en Annexe 3.

2.3.1.3 Envoi et réception des questionnaires

Les questionnaires ont été envoyés par pli postal aux patientes afin qu'elles le reçoivent dans les jours précédant ou suivant le troisième mois du post-partum. Le questionnaire était accompagné d'une enveloppe pré timbrée afin de faciliter l'envoi du courrier.

2.3.1.4 Relance téléphonique

Quinze jours après l'envoi des courriers, les patientes n'ayant pas retourné leur questionnaire étaient jointes par téléphone. Cela permettait de rappeler aux femmes d'envoyer le questionnaire et de connaître la ou les raisons du refus de répondre au questionnaire s'il y en avait.

2.3.1.5 Objectif du questionnaire

Le but de ce questionnaire initial était d'abord le recrutement de patientes souffrant de dyspareunies dans les 3 premiers mois du post-partum pour des entretiens. Le projet était également de déterminer l'incidence des dyspareunies du post-partum au 3^{ème} mois dans l'échantillon de patientes. Ainsi la demande a été faite aux femmes de comparer leur sexualité du post-partum à celle dans l'année précédant l'accouchement afin de nuancer le vécu des dyspareunies. Il s'agissait également d'avoir des données descriptives sur l'échantillon et de mettre en évidence la problématique de la communication autour des dyspareunies du post-partum du côté des patientes et du côté des médecins.

2.3.2 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des hypothèses et des recherches bibliographiques. Il a été conçu en quatre grands thèmes avec plusieurs sous-thèmes plus spécifiques puis enrichi au gré des entretiens pour aboutir à six thèmes (32,34). (Annexe 4)

Le guide d'entretien final était donc composé des six thèmes suivants :

- La prévention des dyspareunies du post-partum

- Le diagnostic des dyspareunies et la communication sur le sujet
- Les propositions thérapeutiques et/ou l'orientation de la patiente
- Les attentes et croyances des femmes vis à vis de leur symptôme et de la prise en charge
- Le rôle du père par rapport à l'évolution des dyspareunies
- Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des dyspareunies

2.3.3 Déroulement des entretiens

2.3.3.1 *Organisation et planification des entretiens*

Les entretiens se sont déroulés par téléphone ou en face en face en fonction des disponibilités et du souhait des patientes. Les patientes étaient systématiquement à leur domicile. Pour programmer l'entretien, la patiente était appelée une première fois afin de convenir d'un moment où elle était disponible et seule, sur une durée d'environ trente minutes.

2.3.3.2 *Cadre contractuel de l'entretien*

Avant de débiter chaque entretien, l'accord des patientes était demandé pour enregistrer la conversation avec un dictaphone. Elles ont toutes donné leur accord. Le principe d'anonymisation des données était également rappelé, avec la garantie qu'aucun signe distinctif n'apparaîtrait dans les résultats de la thèse. En introduction de l'entretien, le thème général du propos et la question de recherche étaient présentés ainsi que le déroulement de l'entretien. La proposition était faite à la patiente de parler le plus librement possible après l'énoncé d'un sujet ou d'une consigne (question ouverte). Elle était prévenue qu'au cours de l'échange, des interventions viseraient à lui faire préciser certains de ses propos (33,34). À la fin de l'entretien l'accord de la patiente était sollicité pour la recontacter par téléphone ou par mail s'il y avait besoin de repréciser des éléments. Il lui était également proposé de recevoir les résultats finaux de l'étude si elle le souhaitait.

2.3.3.3 Plan de l'entretien semi directif

Les entretiens étaient ensuite menés de manière semi directive avec le guide d'entretien en support. Les premiers thèmes abordaient des questions de l'ordre de l'expérience récente ou présente. Le discours de l'interviewé était alors plutôt descriptif. Dans un second temps, des questions ouvertes traitaient du ressenti ou des opinions de l'interviewé sur les thèmes précédents (34,36).

2.3.3.4 Stratégie d'intervention

Différentes stratégies d'écoute ont été utilisées en recherchant des indices dans le discours des interviewées, en les interprétant et en faisant de nouvelles hypothèses afin de les tester. Cette technique d'écoute a permis d'effectuer le recueil de données et son analyse en temps réel avec une constante réflexivité sur les hypothèses initiales. Dans l'interaction avec l'interviewée, différentes techniques d'intervention ont été utilisées. Le but étant de ne pas influencer le discours mais d'obtenir des informations sur l'ensemble des thèmes sans respecter nécessairement la chronologie du guide d'entretien. Tout d'abord l'énoncé de consigne tel « j'aimerais que vous me parliez de... » permettait le changement de thématique et induisait une réponse discursive. Ensuite des relances ont été effectuées à partir des éléments de discours de l'interviewée pour lui faire approfondir ou préciser certains points et pour vérifier la compréhension de son discours par des synthèses. Ainsi ont été mobilisées des répétitions, des complémentations et des interrogations avec comme support constant le discours de l'interviewée (32,34,36).

2.3.4 Retranscription des entretiens

Tous les entretiens ont été retranscrits après leur enregistrement par verbatim, c'est à dire mot à mot et intégralement, sur le logiciel Word (33). Les retranscriptions ont ensuite été relues, au fur et à mesure des entretiens, afin de soumettre à l'autocritique la technique d'entretien et d'enrichir ou de modifier la grille d'entretien ainsi que pour vérifier l'exhaustivité des thèmes traités et inscrits dans le guide d'entretien. Les retranscriptions ont

aussi été soumises à un docteur en psychosociologie puis critiquées afin d'améliorer la technique de l'entretien (les types de relance, les interactions, les consignes ...)(34).

Chaque entretien, après avoir été retranscrit, s'est vu attribuer un code. Ce code était constitué d'une lettre E (Entretien) et d'un chiffre croissant de 1 à 13. Lors de la relecture des retranscriptions, tout élément distinctif a été supprimé du verbatim.

2.3.5 Carnet de bord

Pendant l'ensemble de l'étude un carnet de bord a été tenu en format Word. Il a permis à la fois d'écrire les ressentis, les réflexions et les nouvelles hypothèses à l'issue de chacun des entretiens. Il a également permis d'écrire des notes méthodologiques. En effet y ont été consignées les difficultés rencontrées, les solutions identifiées, les raisons du changement du questionnaire initial ou du guide d'entretien. Ont pu y être également consignées des réflexions pour la discussion autour des résultats (32,36).

2.4 Analyse quantitative des questionnaires

L'analyse quantitative des questionnaires a consisté en une analyse statistique descriptive. Les données brutes des questionnaires ont été traitées par des méthodes de distribution des fréquences, de mesure des tendances centrales et de mesure de la dispersion. Aucune comparaison par des tests statistiques n'a été effectuée. Ces résultats ont permis tout d'abord de décrire l'échantillon des patientes, d'introduire la problématique de la communication traitée ensuite par méthode qualitative. Enfin, certains résultats de l'étude descriptive observationnelle ont pu consolider des tendances retrouvées dans les résultats de l'analyse qualitative des entretiens (37,38).

2.5 Analyse qualitative des entretiens

2.5.1 Analyse de contenu

L'analyse des entretiens a été menée selon la méthode d'analyse thématique. Cette méthode d'analyse de contenu a été réalisée en plusieurs étapes tout au long du recueil des entretiens.

Tout d'abord un travail de codification ou « dé-contextualisation » a été mené. Ce travail a consisté à élaborer des formulations signifiantes ou codes ou thèmes, à partir de la lecture du corpus, en respectant le principe d'inférence (niveau de correspondance au réel), pour éviter les interprétations excessives. Cette codification s'est faite à la main, en marge du corpus. La deuxième étape, celle du regroupement des données dans des ensembles signifiants du point de vue de la problématique est appelée catégorisation. Elle a procédé en rassemblant des thèmes congruents en axes thématiques. Ces axes thématiques sont devenus des variables, et les thèmes, des catégories ou des sous-catégories. Les axes thématiques sont alors constitués en des ensembles catégoriels. Ces ensembles catégoriels sont construits pour révéler l'ensemble des dimensions du système décrit. Le travail de codification et de catégorisation a été effectué en parallèle d'un professeur en sciences sociales. La grille d'analyse thématique s'est alors constituée sans grille théorique à priori (32,34,36,39).

2.5.2 Grille d'analyse thématique

La grille d'analyse thématique a été constituée au fil de l'analyse, par le codage et la catégorisation et à partir des questions de recherche et des hypothèses de recherche. C'est par un processus de regroupement thématique que la grille d'analyse s'est développée. À mesure que l'analyse avançait, le regroupement par récurrence et la hiérarchisation des thèmes s'est faite plus stable aboutissant à des axes thématiques et des ensembles catégoriels. Ces catégories ont été constituées afin de tendre vers les principes d'exclusivité (aucune donnée ne peut appartenir à plusieurs catégories), d'exhaustivité (chaque ensemble catégoriel regroupe toutes les données relevant de cet axe thématique), de productivité (le découpage au sein de l'ensemble catégoriel est riche en inférence) et d'objectivité (différents chercheurs classent les données dans les mêmes catégories). La grille d'analyse a été évolutive. Les premiers entretiens étaient relus à la lumière des nouvelles catégories mises à jour (34,36,40).

2.5.3 Analyse interprétative

La phase d'analyse interprétative a suivi celle de l'analyse de contenu. Elle a visé à mettre en relation les axes thématiques entre eux. Les liens pouvaient être de continuité, de causalité, de concomitance, de contradiction, ... Par ailleurs une analyse de la variation de certains thèmes dans l'ensemble du corpus a été effectuée. Cette analyse inductive a permis l'élaboration d'hypothèses et de modélisation (système d'interprétation intermédiaire entre la théorie et les données empiriques). Une partie de l'analyse a visé à faire apparaître une typologie chez les patientes. En effet, l'analyse thématique peut donner lieu à l'élaboration de profils type de répondants. L'émergence d'une typologie permet alors de faire une synthèse cohérente de différents thèmes et de regrouper des individus au sein de ces différents types ainsi conçus. Les conclusions de ce processus de théorisation ont été confrontés aux données de la littérature dans la partie discussion (33,34,39).

2.5.4 Triangulation des données

La triangulation des données a été réalisée à deux niveaux. Tout d'abord une triangulation des méthodes a été menée. En effet, l'utilisation d'une méthode mixte avec une part quantitative et une part qualitative a permis une certaine triangulation méthodologique. Ensuite, un double codage des entretiens a été réalisé à l'aide d'un docteur en psychosociologie, appelé triangulation de l'investigation (31,33,41).

2.6 Considération éthique

Afin de garantir le caractère éthique de la démarche, ce projet a été soumis au groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé (GNEDS) qui a donné son accord sous réserve de modification. (Annexe 6) L'anonymisation des données a ainsi été mieux détaillée comme suit. A également été supprimée une troisième phase de l'étude consistant au rappel des patientes pour connaître l'impact de l'entretien sur leur symptôme sexuel, le GNEDS considérant cette partie du protocole interventionnelle et nécessitant l'avis du CPP (comité de protection des personnes). Après avoir apporté les modifications conseillées, le nouveau protocole a été

envoyé au GNEDS. Par ailleurs un dossier a été constitué et validé auprès de la CNIL. Le courrier en Annexe 7 le confirme. L'anonymat des participantes ainsi que la confidentialité de leurs données leur ont été garantis à toutes les étapes du travail de recherche. Un consentement éclairé écrit a été distribué aux patientes avant d'envoyer le questionnaire initial leur expliquant qu'elles pouvaient quitter l'étude à tout moment. Ces consentements ont été codés avec un numéro d'anonymat (P001, P002, ...). Un premier fichier informatique Excel répertorie la numérotation du consentement associée aux coordonnées des patientes (nom, prénom, adresse postale et numéro de téléphone). Un deuxième fichier Excel liste les données récupérées sur les questionnaires associées au numéro d'anonymat attribué lors du consentement. Les deux fichiers Excel n'ont aucun lien entre eux et sont conservés par l'enquêtrice dans des dossiers séparés. Chaque questionnaire envoyé par pli postal aux patientes comportait un numéro d'anonymat correspondant à celui déterminé lors du consentement, aucune coordonnée discriminante n'y figurait. Pour éviter que toute donnée d'identification ne figure dans le courrier retour, les patientes le souhaitant ont été invitées à envoyer un mail si elles voulaient recevoir les résultats de l'étude. Le premier fichier Excel « consentements » a permis de faire le lien entre le numéro d'anonymat du questionnaire et le numéro de téléphone des patientes à recontacter le cas échéant. Au moment de l'entretien, un nouveau numéro d'anonymat a été attribué à la patiente correspondant au numéro d'entretien (E01, E02, ...). Aucun document ne permet de faire le lien entre ce numéro d'anonymat et le numéro d'anonymat des consentements ou toutes données discriminantes. La relecture du verbatim a permis d'éliminer tout élément distinctif pour garantir l'anonymat des participantes.

3 Résultats

3.1 Analyse quantitative descriptive

3.1.1 Sélection des patientes

Les patientes de l'étude ont été incluses à la maternité de Challans. Sur la période d'inclusion du 10 janvier 2017 au 15 juin 2017, 295 patientes ont accouché. Sur les 295 patientes à qui il a été proposé de participer à l'étude, 105 ont accepté de participer à l'étude. Le taux

d'acceptation était donc de 36% (105/295). Aucune patiente n'avait de critère d'exclusion. Ces 105 patientes ont alors toutes reçu un questionnaire au troisième mois du post-partum. 87 patientes l'ont renvoyé, soit un taux de participation de 83% (87/105). Sur ces 87 patientes, 78 avaient repris les rapports sexuels et 36 souffraient de dyspareunie, soit un taux de 46%. Sur ces 36 femmes, 19 ont accepté de réaliser un entretien (taux d'engagement de 53%) et ont été rappelées. Au final, 13 patientes ont été interviewées. 6 patientes n'ont pas répondu aux appels téléphoniques permettant de fixer une date d'entretien et n'ont pas été relancées compte-tenu de la saturation des données. Le diagramme de flux présenté en figure 4 reprend le processus de sélection des patientes.

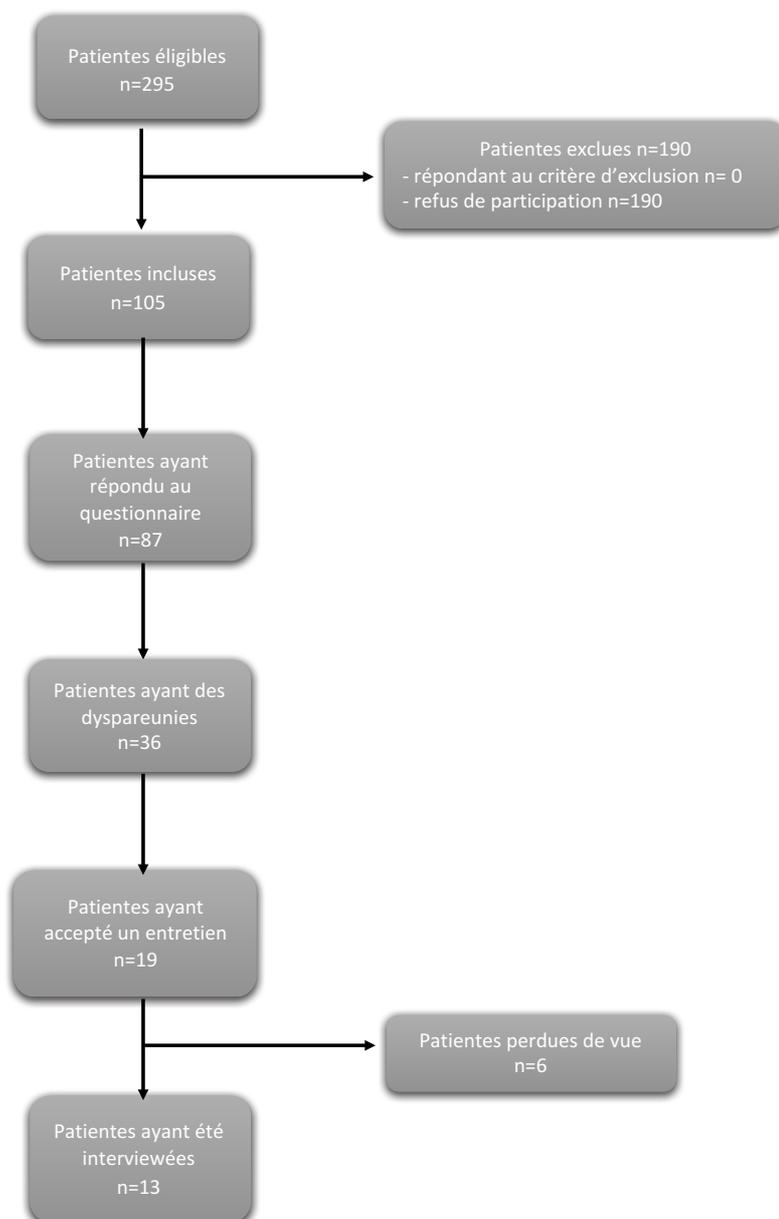


Figure 4. Diagramme de flux (Flow chart)

3.1.2 Description de la population étudiée

3.1.2.1 Présentation schématique des sujets abordés dans le questionnaire

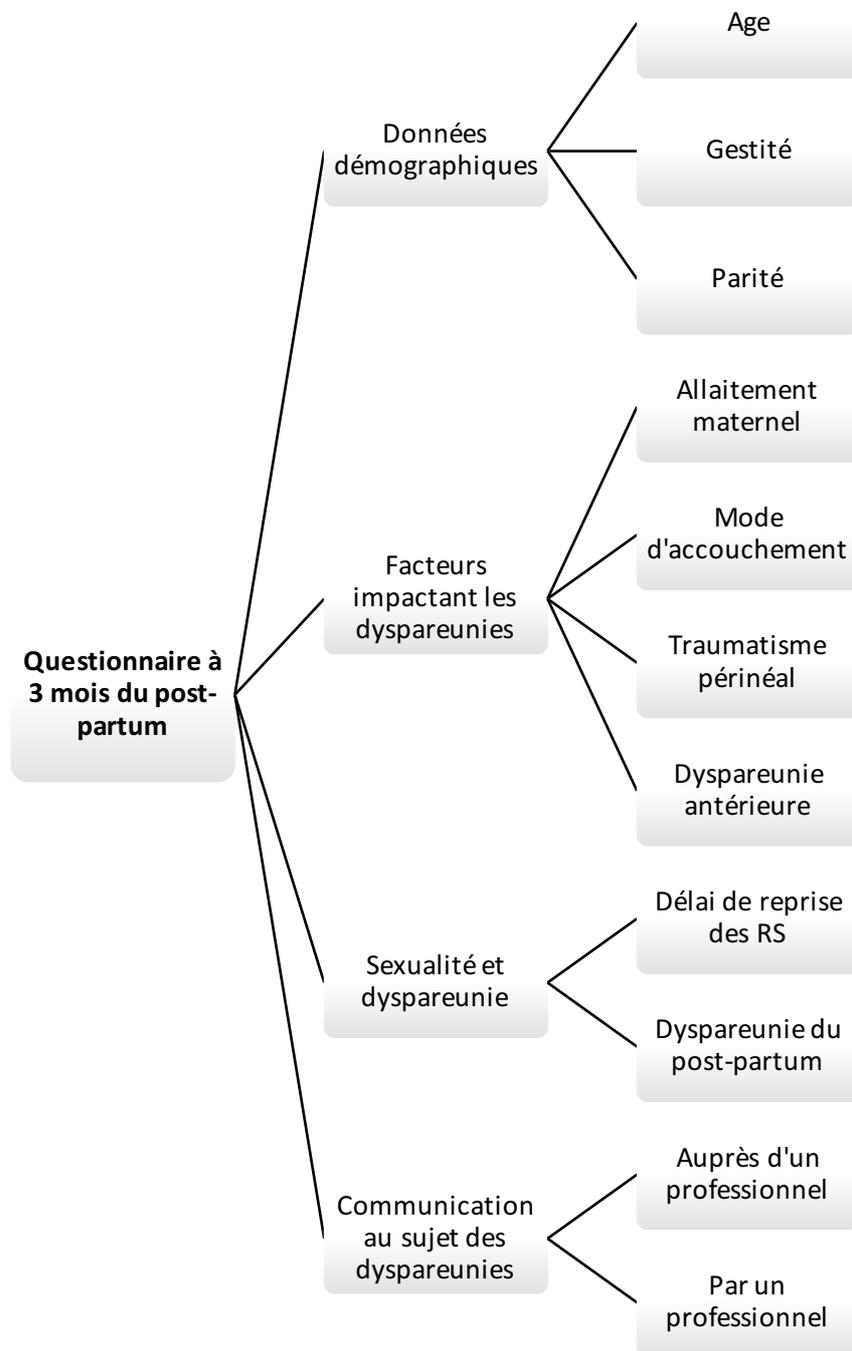


Schéma 1. Aperçu schématique des sujets du questionnaire

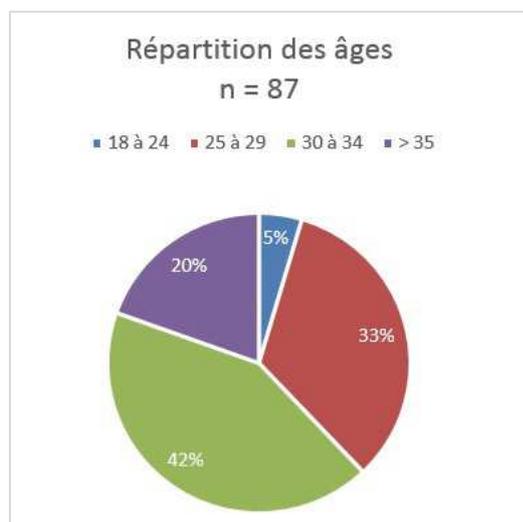
3.1.2.2 Profil démographique des répondantes

La moyenne d'âge des patientes ayant répondu au questionnaire était de 31,2 ans. La médiane d'âge était de 31 ans, l'âge minimal était 21 ans et l'âge maximal 43 ans. La moyenne d'âge des primipares était de 28,6 ans. La médiane d'âge était de 28,5 ans.

Age				
TOTAL				
Moyenne	Écart type	Médiane	Min	Maxi
31,2	4,3	31,0	21	43

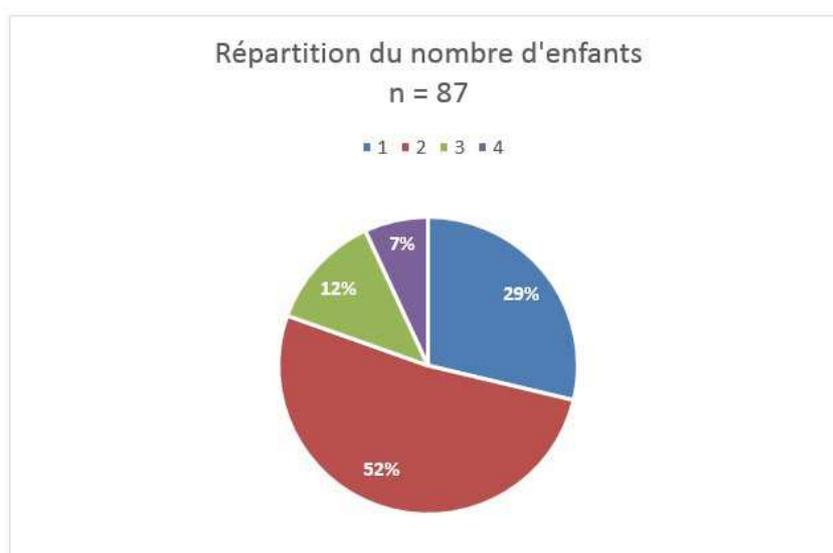
Primipare				
Moyenne	Écart type	Médiane	Min	Maxi
28,6	4,6	28,5	21	43

Répartition des âges				
18 à 24	25 à 29	30 à 34	> 35	TOTAL
4	29	37	17	87
5%	33%	43%	20%	



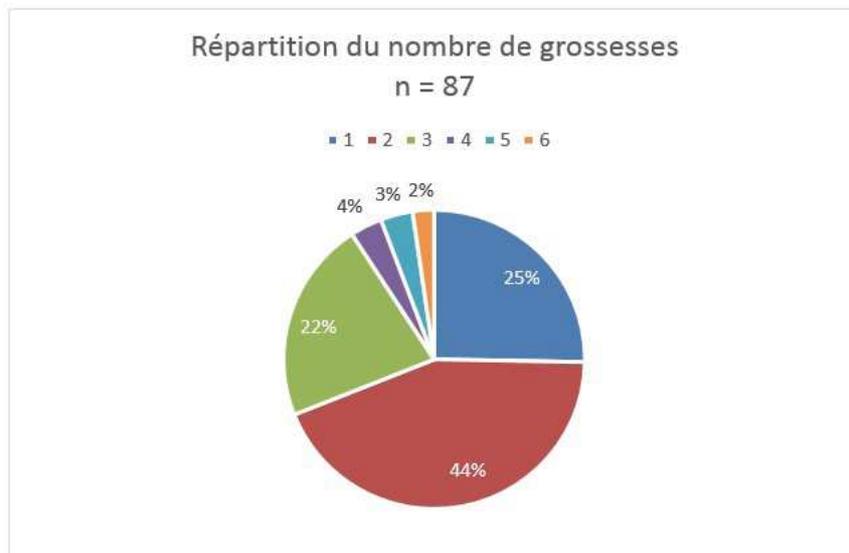
Parmi les 87 répondantes, 29% (25/87) étaient primipares.

Nombre d'enfants							
1	2	3	4	TOTAL	Moyenne	Médiane	Écart Type
25	45	11	6	87	2	2	0,8
29%	52%	13%	7%				



Dans l'échantillon, la moyenne de la gestité était de 2,2 grossesses avec une médiane à 2. La moyenne de la parité était de 2 avec un écart type de 0,8 et la médiane était également à 2.

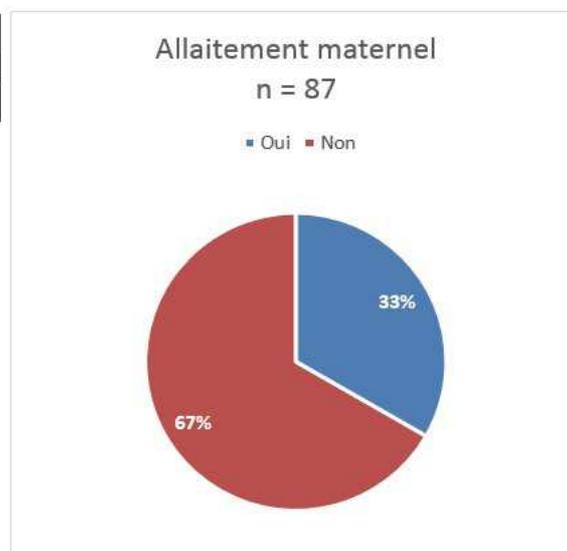
Nombre de Grossesses						TOTAL	Moyenne	Médiane	Écart Type
1	2	3	4	5	6				
22	38	19	3	3	2	87	2,2	2	1,1
25%	44%	22%	3%	3%	2%				



3.1.2.3 Facteurs pouvant impacter sur les dyspareunies du post-partum

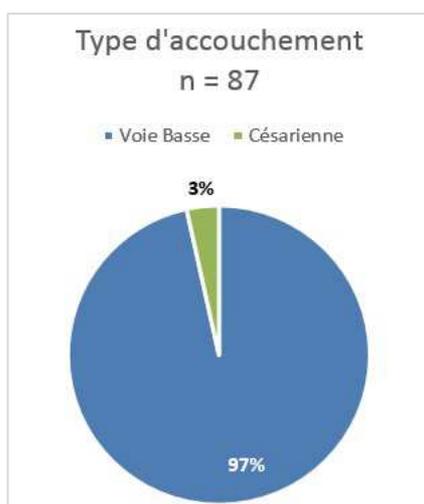
Au moment du questionnaire (environ à 3 mois du post-partum), 33% des femmes allaitaient (29/87).

Allaitement maternel		
Oui	Non	TOTAL
29	58	87
33%	67%	



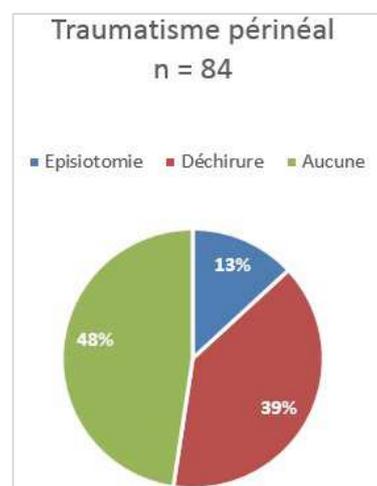
L'accouchement par voie basse était majoritaire sur l'échantillon de patientes puisque équivalent à 97% (84/87). Le taux de césarienne parmi les répondantes était donc de 3% et ce taux parmi les patientes incluses était de 6% (6/105). Par ailleurs, sur la période d'inclusion, 295 femmes avaient accouché à la maternité de Challans et 45 avaient eu une césarienne soit 15%. Parmi les patientes ayant accouché par voie basse, 80% (70/84) avait bénéficié d'un accouchement sans aide instrumentale.

Type d'accouchement			
Voie Basse		Césarienne	TOTAL
84		3	87
97%		3%	
Voie Basse non Instrumentale	Voie Basse avec aide instrumentale	Césarienne	TOTAL
70	14	3	87
80%	16%	3%	



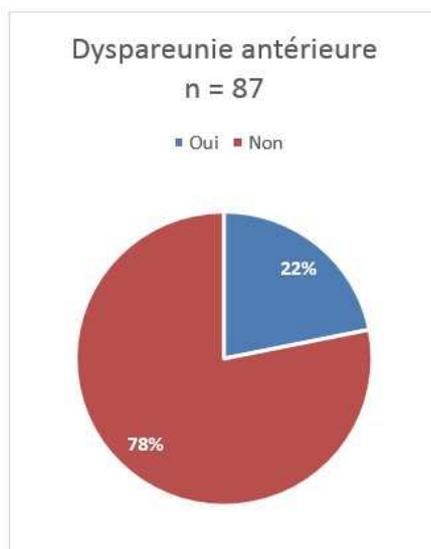
48% (40/84) des patientes ont déclaré ne pas avoir eu de traumatisme périnéal lors de l'accouchement. 13% (11/84) des patientes avaient eu une épisiotomie.

Traumatisme périnéal			
Episiotomie	Déchirure	Aucune	TOTAL
11	33	40	84
13%	39%	48%	



L'existence d'une dyspareunie antérieure à la grossesse était présente chez 22% (19/87) des patientes de l'échantillon.

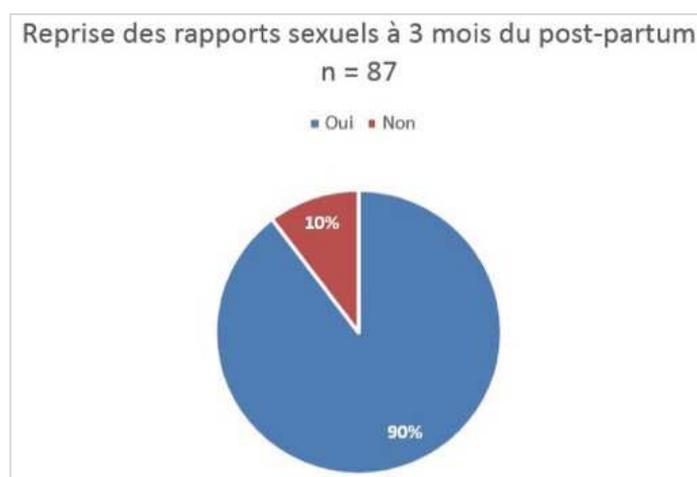
Dyspareunie antérieure		
Oui	Non	TOTAL
19	68	87
22%	78%	



3.1.2.4 Sexualité et dyspareunies dans le post-partum

À environ 3 mois du post-partum, 90% (78/87) des patientes avaient repris une activité sexuelle.

Reprise des rapports sexuels à 3 mois du post-partum		
Oui	Non	TOTAL
78	9	87
90%	10%	

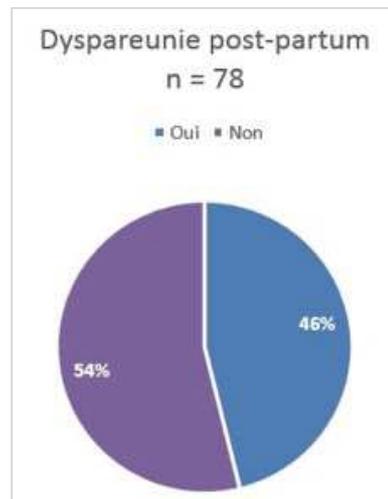
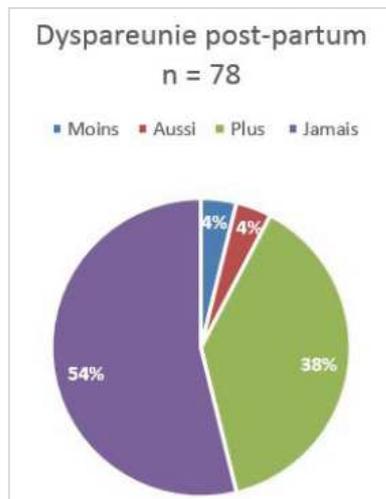


Le délai moyen pour la reprise des rapports sexuels était de 5,7 semaines avec un écart type de 2,5. 50% des femmes avaient repris les rapports sexuels à 6 semaines du post-partum.

Délai de la reprise des rapports sexuels (en semaine)				
Moyenne	Écart type	Médiane	Min	Maxi
5,7	2,5	6	1	14

Parmi les patientes ayant repris une activité sexuelle, 46% (36/78) avaient eu des dyspareunies dans les trois premiers mois du post-partum. 38% (30/78) des patientes déclaraient, à 3 mois du post-partum, avoir plus de dyspareunies que dans l'année précédant la grossesse, 4% (3/78) des patientes disaient avoir moins de dyspareunies.

Dyspareunie post-partum			
Oui		Non	TOTAL
36		42	78
46%		54%	
Moins	Aussi	Plus	Jamais
3	3	30	42
4%	4%	38%	54%



3.1.2.5 Communication avec un professionnel de santé au sujet des dyspareunies du post-partum

Parmi les patientes ayant eu des dyspareunies dans les trois premiers mois du post-partum, 58% (21/36) déclaraient en avoir parlé à un professionnel de santé.

Communication de la patiente au professionnel de santé		
Oui	Non	TOTAL
21	15	36
58%	42%	



Parmi l'ensemble des répondantes, deux tiers des patientes (54/87, 62%) rapportaient que le sujet des dyspareunies du post-partum avait été abordé en consultation par un professionnel de santé.

Communication du professionnel de santé à la patiente			
Oui	Non	Non répondu	TOTAL
54	31	2	87
62%	36%	2%	



3.2 Analyse qualitative descriptive

3.2.1 Caractéristiques des femmes interviewées

13 entretiens ont été réalisés entre le 24 avril et le 17 juillet 2017, dont deux au domicile des patientes et les autres par téléphone. Les entretiens ont duré entre 13 et 33 minutes. La moyenne de durée des entretiens était de 21 minutes. La saturation des données a été obtenue après le onzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de le confirmer.

L'âge des patientes variaient de 26 à 38 ans, avec une moyenne d'âge de 32 ans. Le délai de reprise des rapports sexuels dans le postpartum allait de 1 semaine à l'absence de reprise de sexualité. Une variation était observée dans la population étudiée pour la parité, le traumatisme périnéal, la dyspareunie antérieure à la grossesse, l'allaitement maternel en cours et la communication de la patiente au sujet des dyspareunies auprès d'un professionnel de santé. Aucune femme césarisée n'est présente dans la population étudiée. Le détail des caractéristiques de la population étudiée est représenté dans le tableau 1.

	Numéro entretien	Age	Parité	Mode d'accouchement	Traumatisme périnéal	Délai reprise des rapports sexuels (semaines)	Dyspareunie antérieure	Allaitement maternel	Communication patiente au PDS	Durée entretien (minutes)
E 1	34	MULTI	AVB	Déchirure	8	NON	OUI	OUI	13 :19	
E 2	32	MULTI	AVB	Absence	8	OUI	NON	NON	19 :39	
E 3	29	PRIMI	AVB	Épisiotomie	3	NON	OUI	OUI	20 :59	
E 4	28	PRIMI	AVB	Déchirure	6	NON	NON	OUI	28 :21	
E 5	26	MULTI	AVB	Absence	1	OUI	NON	OUI	19 :36	
E 6	33	MULTI	AVB	Déchirure	6	NON	NON	OUI	14 :18	
E 7	36	MULTI	AVB	Épisiotomie	8	OUI	OUI	OUI	22 :47	
E 8	29	PRIMI	AVB	Épisiotomie	4	OUI	OUI	NON	33 :53	
E 9	38	MULTI	AVB	Déchirure	6	NON	OUI	OUI	20 :25	
E 10	34	MULTI	AVB	Absence	8	NON	OUI	NON	23 :33	
E 11	37	MULTI	AVB	Déchirure	6	NON	NON	OUI	17 :06	
E 12	36	MULTI	AVB	Déchirure	8	OUI	OUI	NON	16 :22	
E 13	27	PRIMI	AVB	Déchirure	Pas de reprise	NON	OUI	OUI	28 :35	

Tableau 1. Tableau d'échantillonnage (MULTI : multipare PRIMI : primipare ; AVB : accouchement voie basse ; PDS : professionnel de santé)

3.2.2 Présentation schématique des résultats principaux et secondaires

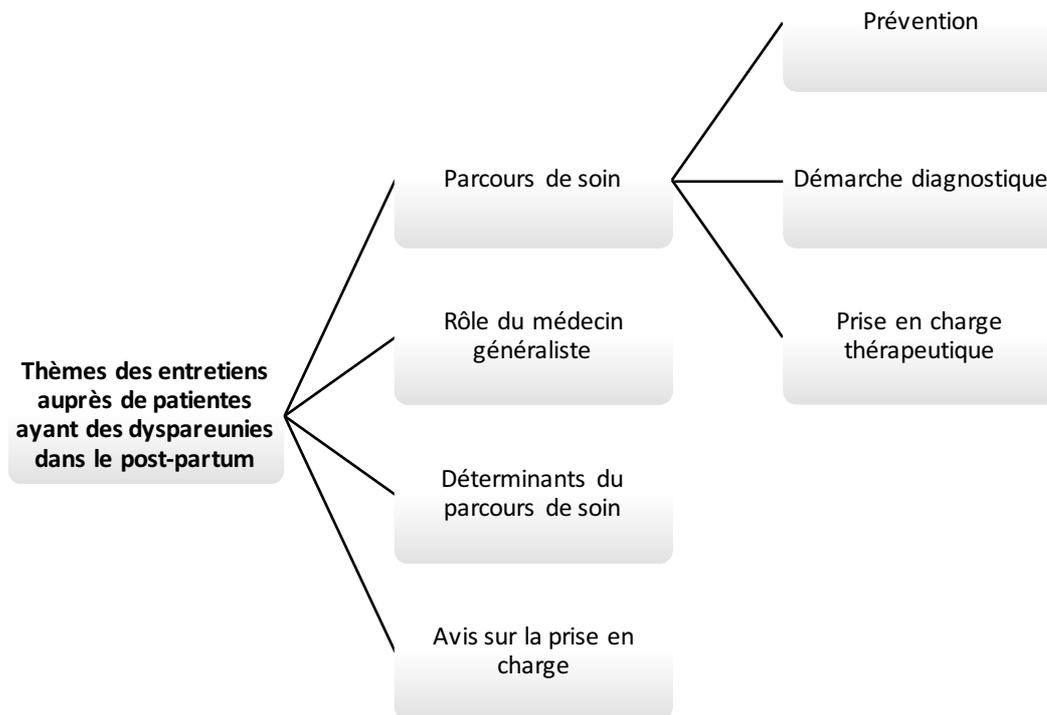


Schéma 2. Aperçu schématique des thèmes abordés dans les entretiens

3.2.3 Parcours de soin des patientes souffrant de dyspareunie au troisième mois du postpartum

Pour répondre à l'objectif principal de l'étude, l'entretien a porté sur trois étapes du parcours de soin. Les patientes ayant des dyspareunies ou craignant d'en ressentir ont discuté de leur expérience autour de la prévention, de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des dyspareunies du post-partum.

3.2.3.1 Prévention de la dyspareunie

En ce qui concerne la prévention des dyspareunies deux thèmes, parfois difficiles à dissocier, ont émergé lors des entretiens, la reprise des rapports sexuels et la dyspareunie. L'aperçu schématique suivant reprend les principaux résultats de cette partie.

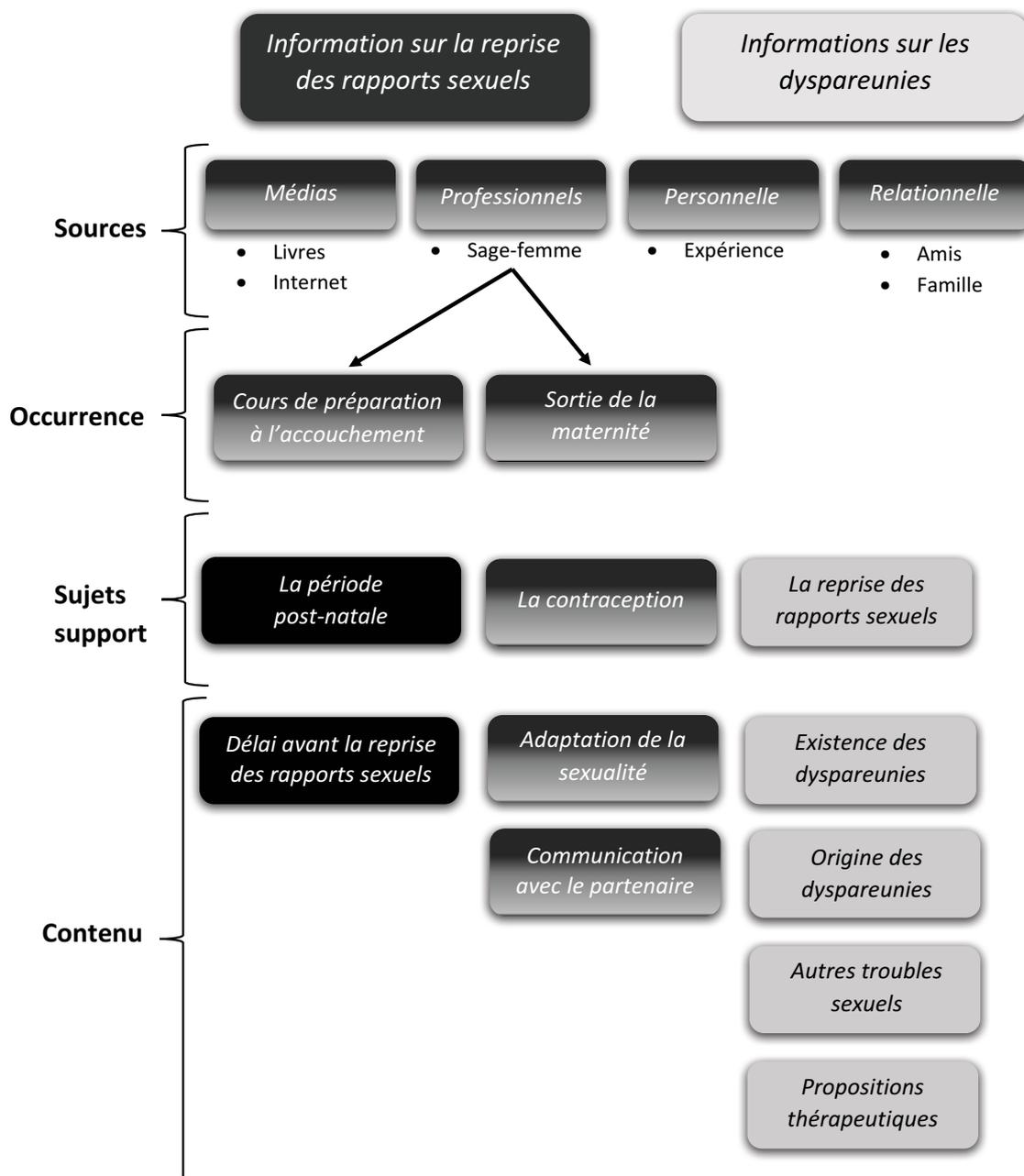


Schéma 3. La prévention des dyspareunies du post-partum

3.2.3.1.1 L'information au sujet de la reprise des rapports sexuels

Une majorité de femmes ont eu accès à une information sur la reprise des rapports sexuels (11/13), information provenant, pour la moitié (5/11), d'une seule source.

- *La source de l'information*

Les sources d'information étaient diverses. Chez les patientes multipares, l'information n'était pas toujours apportée par une source externe mais découlait souvent de leur propre expérience.

L'information provenait des sages-femmes pour plus de la moitié des femmes. C'était le seul professionnel de santé cité. (E1, E3, E4, E10, E11, E12, E13)

E13 : « ce que la sage-femme m'a préconisé »

E10 : « avec la sage-femme on en a parlé »

Pour plusieurs femmes multipares, l'information venait de leur expérience. (E2, E6, E9, E10, E12)

E2 : « je savais que ça allait reprendre petit à petit »

Elle pouvait venir de l'univers relationnel familial (E1, E8)

E8 : « c'est les discussions avec les femmes de la famille »

Ou de l'univers relationnel amical (E3, E8)

E8 : « J'ai beaucoup discuté (...) avec des amis plutôt proches »

Enfin l'information était issue d'une documentation par l'intermédiaire de média (site internet, livre). (E8)

E8 : « j'ai lu (...) pas mal d'articles sur internet sur le site de « Magicmaman » et « famille et plus », et j'ai lu le Larousse de la grossesse »

- *L'origine de l'information*

Pour certaines femmes, l'information extérieure est venue de leur questionnement et était donc autodéterminé. (E3, E8, E13)

E3 : « on lui a posé des questions »

E13 : « on en a parlé spontanément »

Pour d'autres femmes, l'information leur a été donnée sans qu'elle ne la sollicite, l'origine était donc hétéro-déterminée. (E1, E2, E4, E10, E11)

E2 : « je ne m'étais jamais renseignée sur la question »

- *L'occurrence de l'information*

Les femmes ont rapporté avoir été informées pendant les cours de préparation à l'accouchement. (E2, E3, E4, E8, E10, E13)

E13 : « pendant la préparation à l'accouchement »

Certaines femmes ont reçu de l'information au moment de la sortie de la maternité (E1, E8, E11, E12)

E12 : « on a dû me le dire à la maternité, la visite de la sage-femme avant la sortie »

- *Le sujet support*

Les femmes ont exprimé que le sujet de la reprise des rapports sexuels était parfois introduit ou substitué par d'autres sujets comme la contraception (E1, E3, E4, E8, E10, E13)

E1 : « la sage-femme qui nous parle plus de la contraception »

Le sujet de la période post natale, discuté au moment des cours de préparation à l'accouchement a pu être un sujet support pour aborder la reprise des rapports sexuels (E4, E10)

*E4 : « Il y avait plusieurs cours par thème, et la sexualité il y en a eu un petit peu après.
Ça faisait partie du thème : « après l'accouchement » »*

Une femme a expliqué que le sujet de la reprise de la sexualité a été abordé à la maternité à cause de douleurs secondaires à la cicatrisation d'une déchirure (E11)

E11 : « J'ai demandé qu'une sage-femme vienne m'examiner parce que j'avais mal. (...) elle m'a dit : « attendez bien que ce soit cicatrisé avant de reprendre une activité sexuelle » »

- *Le contenu de l'information sur la reprise de la sexualité*
- ✓ *Délai avant la reprise des rapports sexuels*

Les femmes étaient informées de l'existence de différents facteurs conditionnant un délai à la reprise de la sexualité.

Ce délai chiffré ou non a été rapporté par de nombreuses femmes (E1, E2, E3, E8, E10, E11, E12)

E10 : « ça allait prendre un peu de temps »

E11 : « les sages-femmes m'ont dit qu'il fallait attendre deux mois »

L'information sur ce délai pouvait également être de ne pas le prolonger trop longtemps (E3)

E3 : « Qu'après il ne fallait pas attendre 6 mois parce que là c'était plus une appréhension plutôt que par rapport à l'accouchement »

Le respect d'un temps de cicatrisation périnéal était une information prise en compte pour la reprise des rapports sexuel (E3, E8, E9, E11)

E11 : « attendre que tout soit bien cicatrisé »

Ce délai pouvait également être dépendant de l'existence de lochies (E12)

E12 : « ils m'avaient dit : « pas de rapports avant l'arrêt des saignements » »

La reprise de la sexualité devait être conditionnée par la présence du désir sexuel (E3, E12, E13)

E3 : « attendre de sentir qu'on avait besoin »

La reprise de la sexualité était conditionnée également par la sensation d'être prête (E2, E3)

E2 : « attendre de se sentir prête »

✓ *Adaptation de la sexualité*

L'information au sujet d'un changement de la sexualité dans le post-partum et d'adaptations de la sexualité a été rapportée.

Plusieurs femmes ont pu évoquer la connaissance d'un changement de la sexualité lors de la reprise dans le post-partum (E3, E8, E9)

E8 : « il y avait des possibilités (...) de difficultés à la reprise de la sexualité épanouie.

Aussi le fait qu'on ne puisse plus ressentir les mêmes sensations »

Les femmes avaient connaissance de moyens pour adapter la sexualité avec l'utilisation d'un lubrifiant. (E3, E4, E10, E13)

E10 : « la sage-femme (...) elle nous a dit d'utiliser du lubrifiant »

La reprise de la sexualité progressive et en douceur était une autre forme d'adaptation de la sexualité. (E2, E6, E9, E10)

E10 « elle nous a dit d'y aller tranquille, d'y aller doucement »

Également la centration sur les sensations corporelles féminines faisait partie des adaptations de la sexualité connues par les femmes. (E3, E9, E11)

E9 : « Et puis surtout l'écoute de mon corps (...), la reprise de la sexualité ça a toujours été en fonction de moi, et selon ce que je pouvais faire »

- ✓ *Communiquer avec le partenaire au sujet de la reprise de la sexualité*

En proportion moindre, des femmes étaient informées de l'importance de la communication avec le conjoint au sujet de la reprise de rapports sexuels. (E3, E9)

E3 : « en parler avec son partenaire, on nous avait conseillé ça aussi, quand on avait fait les cours avec les papas. Et d'en parler avec les papas aussi en expliquant, en étant dans l'échange »

3.2.3.1.2 L'information au sujet des dyspareunies du postpartum

Une majorité des femmes avait de l'information au sujet des dyspareunies du post-partum (11/13), information provenant, pour la moitié (5/11), d'une seule source.

- *La source de l'information*

Les sources d'information étaient diverses. Quand l'information venait d'un professionnel de santé, les maïeuticiens étaient les seuls cités. (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E12)

E7 : « je sais qu'on en a discuté avec ma sage-femme »

L'autre source d'information majeure était l'expérience des femmes multipares. (E2, E5, E6, E7, E9, E10, E12)

E6 : « après la deuxième on sait un peu plus comment ça se passe »

L'information provenant d'une source relationnelle était moins citée. Le partage d'expérience avec d'autres femmes enceintes lors des cours de préparation à l'accouchement en faisait partie. (E1)

E1 : « C'était pas une séance préparée mais c'est venu sur la reprise comme quoi c'était pas évident, c'était que des mamans qui avaient eu des enfants »

L'univers relationnel familial ou amical a été cité. (E8)

E8 : « J'ai beaucoup discuté avec ma sœur, elle a deux enfants et aussi avec des amies plutôt proches »

Différents médias dont des sites internet ou des livres ont été évoqués par une femme comme source d'information (E8)

E8 : « j'ai beaucoup lu je me suis beaucoup documentée »

- *L'origine de l'information*

L'information au sujet des dyspareunies a été parfois recherchée par les femmes et donc autodéterminée. (E3, E7, E8)

E8 : « j'ai posé pas mal de questions »

Pour d'autres femmes, l'information leur est parvenue sans qu'elle ne la sollicite, celle-ci était donc hétéro-déterminée. (E1, E4, E5, E6, E7, E12)

E1 : « je ne m'étais jamais renseigné sur la question »

E6 : « Je n'ai pas vraiment posé la question non plus »

Certaines femmes ont rapporté n'avoir reçu de la part d'un tiers aucune information au sujet des dyspareunies du post-partum. (E2, E9, E10, E11, E13)

E9 : « Alors avec moi, on n'en a pas du tout parlé, et effectivement je n'ai posé aucune question là-dessus. »

- *L'occurrence de l'information*

L'information sur la dyspareunie dans le post-partum a été discutée pour plusieurs femmes dans les cours de préparation à l'accouchement. (E1, E3, E4, E5, E7, E8)

Il était intéressant de distinguer les femmes qui avaient pu recevoir cette information en présence du père (E3, E4, E8) ou non (E1, E5, E7)

E3 : « on nous avait conseillé quand on avait fait les cours avec les papas »

E8 : « on a fait de l'haptonomie à un moment, le papa était présent à chaque séance. (...) c'est moi souvent qui ait posé des questions mais lui était là. »

E5 : « au cours de préparation à l'accouchement, ils nous en ont parlé »

Certaines femmes ont reçu de l'information lors de la préparation de la sortie de la maternité. (E4, E6, E12)

E6 : « c'était le bilan avant de sortir et après on a parlé de contraception »

E12 : « on a déjà dû me le dire à la maternité, la visite de la sage-femme avant la sortie, en disant que oui ça pouvait être plus douloureux »

- *Le sujet support de l'information*

L'information sur les dyspareunies au moment du post-partum a été abordée avec certaines femmes à partir de sujets supports comme celui de la reprise des rapports sexuels (E3, E4) ou de la contraception (E4, E6)

E4 : « Là elle nous a expliqué plus la contraception, la reprise de la sexualité. (...) On en a parlé juste un peu comme ça, si c'était douloureux de faire attention »

E6 : « on m'avait dit que à la reprise de la sexualité le vagin pouvait être plus asséché (...) quand on a parlé de la contraception »

- *Le contenu de l'information*
 - ✓ *L'origine des dyspareunies*

Certaines femmes étaient informées que la dyspareunie du post-partum pouvait être en lien avec la sécheresse vaginale parfois secondaire à un allaitement maternel en cours (E1, E5, E6, E7)

E1 : « comme j'allaite il peut y avoir des problèmes de sécheresses vaginales »

E5 : « on nous a parlé qu'il y aurait des sécheresses vaginales »

Le lien entre la cicatrisation du traumatisme périnéal du post-partum et la dyspareunie était connu de certaines femmes (E1, E4, E5, E8, E9)

E4 : « On en a parlé juste un peu comme ça, si c'était douloureux de faire attention au niveau des points »

E9 : « Je reviens vraiment sur la douleur parce que ça tiraille pendant un petit moment surtout quand on a eu des épisios ou des déchirements »

✓ *La sensibilisation aux dyspareunies du post-partum et à leur appréhension*

Les femmes étaient sensibilisées à l'apparition possible de dyspareunie dans le post-partum.

(E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E12)

E1 : « on sait aussi un peu comment ça se passe au niveau des douleurs »

E5 : « on nous a parlé qu'on aurait quelques douleurs »

E7 : « on m'avait dit que ça pouvait être douloureux »

E12 : « je savais que ça pouvait être un peu douloureux »

La sensibilisation pouvait aussi concerner l'apparition d'une appréhension des dyspareunies dans le post-partum. (E3, E5, E6, E12)

E3 : « là c'était plus une appréhension »

E6 : « c'est peut-être plus une appréhension, et peur que ça fasse mal aussi. Je pense que c'est plus ça surtout pour la première grossesse »

✓ *Les troubles sexuels associés*

Certaines femmes savaient ou avaient été informées de l'existence de différents troubles lors de la reprise des rapports sexuels dont le trouble du désir sexuel. (E1, E6, E12)

E1 : « c'est venu sur la reprise comme quoi c'était pas évident de reprendre tout de suite car l'envie n'est pas là forcément tout de suite »

Parmi les troubles sexuels connus par les femmes dans le post-partum, la modification des sensations sexuelles a été citée. (E7, E8, E9)

E7 : « Je savais (...) qu'au niveau des sensations ce serait pas forcément tout de suite la même chose »

E8 : « Aussi le fait que l'on ne puisse plus ressentir les mêmes sensations, pour en découvrir d'autres. »

✓ *Les propositions de prise en charge thérapeutique*

Des femmes étaient informées qu'elles pouvaient utiliser du lubrifiant ou des huiles pour améliorer les sensations de sécheresses vaginales et les dyspareunies. (E5, E6, E7, E12)

E6 : « Cette partie-là où le bébé est passé s'est un peu asséchée. D'ailleurs on me l'avait dit qu'à la reprise il fallait utiliser un lubrifiant »

E12 : « en disant oui que ça pouvait être plus douloureux et de ne pas hésiter à prendre des crèmes, des lubrifiants. »

Une femme avait été conseillée de consulter un gynécologue en cas de dyspareunie dans le post-partum. (E4)

E4 : « donc elle m'a dit de faire attention, si c'était douloureux de revenir voir la gynéco, de ne pas hésiter à voir la gynéco »

✓ *L'adaptation de la sexualité dans le couple*

Les femmes étaient au courant de la possibilité d'adapter la sexualité aux douleurs, en reprenant une sexualité progressive et en différant la pénétration tant que les douleurs étaient présentes (E3, E4, E9)

E4 : « elle nous disait : « vous voyez comment ça se passe, si vous avez mal, il ne faut pas non plus tenter, faut laisser le temps que ça revienne » »

E9 : « à chaque fois on a fait une reprise progressive » « la pénétration c'était vraiment en fonction de comment je me sentais et surtout au niveau de la douleur »

Une femme a expliqué qu'elle avait reçu l'information de communiquer avec son partenaire pour faciliter l'adaptation de la sexualité dans le post-partum aux douleurs (E3)

E3 : « d'en parler avec les papas aussi en expliquant, en étant dans l'échange, pour le premier vraiment, par rapport à nos douleurs »

3.2.3.2 Prise en charge diagnostique de la dyspareunie au troisième mois du postpartum

La plupart des femmes (9/13) ont été prises en charge du point de vue diagnostique. La patiente de l'entretien 13 (E13) a eu une prise en charge diagnostique mais sur ses douleurs périnéales en dehors de la dyspareunie. Les éléments de sa prise en charge n'ont pas été inclus dans cette partie.

L'aperçu schématique suivant résume cette partie.

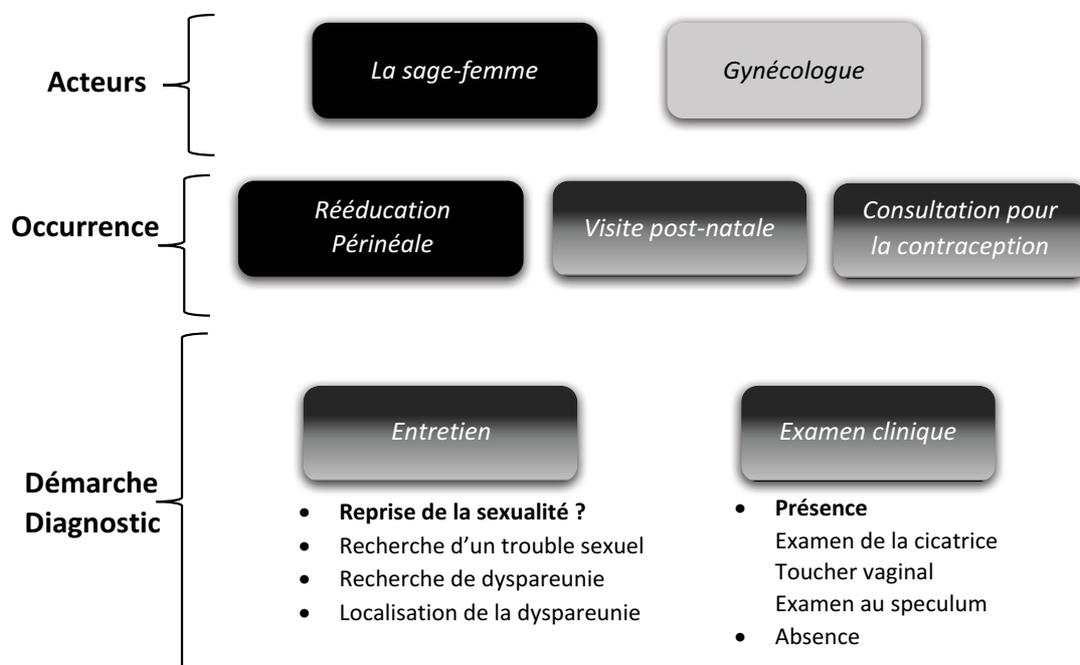


Schéma 4. Prise en charge diagnostique

- Acteur de la prise en charge diagnostique

Le professionnel de santé, acteur principal de la démarche diagnostique de la dyspareunie du post-partum, était la sage-femme. (E1, E3, E5, E6, E7, E9, E11, E12)

E1 : « la sage-femme m'avait demandé si j'avais des douleurs »

E9 : « j'en ai juste parlé à ma sage-femme »

Une femme a cité le gynécologue comme acteur de la prise en charge diagnostique. (E4)

E4 : « J'avais des douleurs au niveau de la déchirure. J'en ai parlé à la gynéco »

- *Origine de la communication au sujet des dyspareunies*

Le professionnel de santé était initiateur du sujet des dyspareunies du post-partum auprès de la majorité des patientes. (E1, E3, E4, E5, E6, E12)

C'était principalement la sage-femme qui investiguait cette question. (E1, E3, E5, E6, E12)

E1 : « la sage-femme m'avait demandé si j'avais des douleurs »

E3 : « avec la sage-femme quand j'ai commencé ma rééducation, elle m'a posé la question et je lui ai dit qu'au début j'avais eu un petit ressenti de douleurs »

E6 : « Elle m'a posé la question si j'avais repris la sexualité, (...) si ça c'était bien passé »

Une femme a rapporté l'initiation du sujet par un gynécologue. (E4)

E4 : « Après j'avais le rendez-vous avec la gynéco. (...) Elle m'a demandé si j'avais des douleurs. »

La communication autour des dyspareunies du post-partum était initiée par la patiente auprès du professionnel de santé pour une minorité de femmes. (E7, E9, E11) C'était uniquement auprès de la sage-femme que s'exprimait la dyspareunie.

E7 : « Je suis retournée chez ma sage-femme, là c'est moi qui ai pris les devants en disant quand même la cicatrice c'est douloureux et donc c'est là où on en a parlé. »

E11 : « j'avais mon rendez-vous avec la sage-femme. Donc du coup je lui ai dit que le premier rapport avait été compliqué »

- *Occurrence de la prise en charge diagnostique*

Divers moments du post-partum étaient l'occasion de s'entretenir au sujet des dyspareunies du post-partum.

La visite post natale était le plus souvent citée par les femmes. (E1, E4, E5, E6, E7, E11, E12). Pour toutes les patientes c'était une sage-femme qui consultait, sauf pour celle de l'entretien 4 pour qui c'était la gynécologue.

E5 : « avec la sage-femme que j'ai revu à mon rendez-vous post natal, du coup elle m'a demandé. Je lui ai dit que forcément au début ça faisait un peu mal »

E6 : « Elle m'a posé la question si j'avais repris la sexualité, enfin la première fois que je l'ai revue pour la consultation post-partum »

Les séances de rééducation périnéales étaient aussi le moment pour aborder le sujet des dyspareunies du post-partum pour un moindre nombre de femmes. C'était une sage-femme qui réalisait les séances. (E3, E12)

E12 : « je me souviens, à la première séance de rééducation du périnée. Elle m'a posé la question tous simplement. Est-ce qu'on avait recommencé les rapports sexuels ? »

Les consultations pour la pose ou le contrôle du moyen de contraception ont été citées par une petite moitié des femmes. (E4, E6, E9, E11)

E9 : « Je voulais reposer un stérilet et je lui ai dit, le jour où je devais le poser, (...) que j'avais une sensation de tiraillement en bas, et que même au niveau de la sexualité, j'avais du mal à reprendre »

E11 : « quand j'ai fait poser mon stérilet, on en a parlé avec la sage-femme »

- *La démarche diagnostique*

La démarche diagnostique se déroulait en une ou deux étapes. Tout d'abord l'entretien autour du symptôme puis l'examen clinique pour une partie des femmes (6/9).

✓ *L'entretien*

La question permettant d'initier le sujet de la dyspareunie dans le post-partum concernait, pour la majorité des patientes, la reprise de la sexualité. (E3, E5, E6, E7, E9, E11, E12)

E7 : « elle a dû me demander du point de vue des rapports si on avait repris ou pas »

E11 : « elle m'a demandé si j'avais repris une activité sexuelle et du coup je lui ai dit, il y a quelques jours et j'ai eu mal »

Puis des questions recherchaient un trouble sexuel (E3, E5, E6) ou plus spécifiquement des dyspareunies (E1, E4, E5).

E3 : « elle m'a demandé pendant les rapports comment ça s'était passé ? »

E6 : « elle m'avait demandé si ça c'était bien passé »

E1 : « la sage-femme m'a demandé si j'avais des douleurs »

E4 : « elle m'a demandé si j'avais des douleurs »

Des questions plus précises ont été posées à une patiente, concernant la localisation de la douleur. (E1)

E1 : « elle m'a demandé où c'était situé à l'avant, au milieu, en arrière »

✓ *L'examen clinique*

Une partie des patientes a eu un examen clinique génital dans le contexte de leur dyspareunie. Cet examen pouvait être constitué de l'examen de la cicatrice périnéale, d'un toucher vaginal et/ou d'un examen au speculum. (E3, E4, E7, E9, E11, E12)

E4 : « Je lui avais dit que j'avais des petites douleurs et elle a regardé en même temps qu'elle a posé le stérilet » « Elle a regardé les points et vu que c'était bien remis, c'était propre. »

E9 : « elle a fait le toucher vaginal et elle m'a dit (...) on sent qu'il y a cette petite boule »

E11 : « je lui ai dit que le premier rapport avait été un peu compliqué, et quand de toute façon elle m'a examiné elle m'a dit qu'effectivement mon col était de travers »

Une minorité de patientes n'a pas eu d'examen clinique dans ce contexte (E1, E5, E6)

E1 : «- il n'y a pas eu d'examen clinique à ce moment-là ?

- non »

- *Absence de prise en charge diagnostique*

Trois patientes n'ont pas été prises en charge au niveau diagnostique. Pour deux d'entre elles, il n'y a pas eu d'investigation de la part d'un professionnel de santé sur la dyspareunie. Elles n'ont par ailleurs pas exprimé de plainte car ce n'était pas une préoccupation pour elles. (E8, E10)

E8 : « on en a parlé sur la reprise de la sexualité mais on n'a pas parlé d'éventuelles douleurs. En fait la douleur était pas, je n'y ai pas pensé, j'étais obnubilé par cette cicatrisation »

E10 : « Elle n'a pas été abordée. (...) C'est pas non plus un problème, je ne m'inquiète pas. (...) Mais c'est pas venu en fait, personne ne m'a demandé si j'avais des douleurs pendant les rapports »

Une femme n'a pas été prise en charge du point de vue diagnostique malgré l'initiation de l'exploration par un professionnel de santé (une sage-femme). Elle n'a en effet pas exprimé sa plainte malgré ses dyspareunies. (E2)

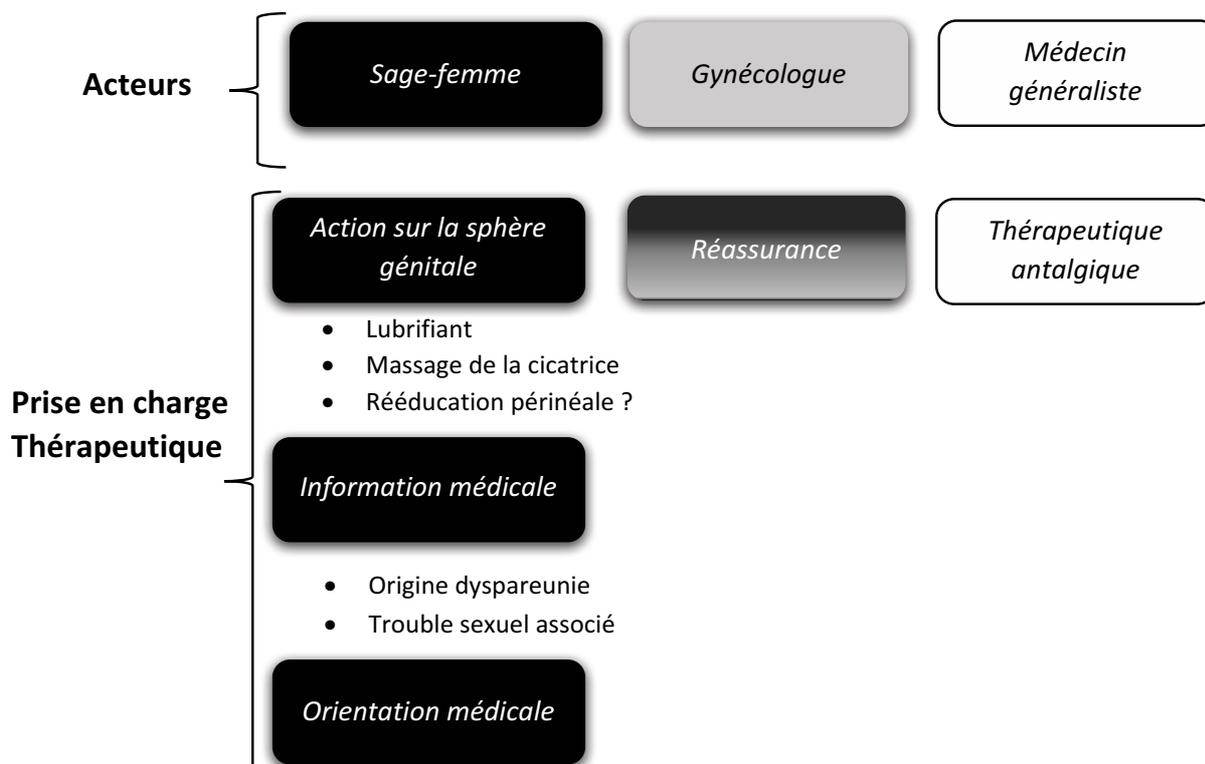
E2 : « Elle m'a juste demandé si on avait repris. (...) je lui ai dit que ça c'était bien passé, je n'ai pas expliqué que j'avais des douleurs donc elle n'a pas cherché plus loin. »

3.2.3.3 Prise en charge thérapeutique de la dyspareunie du postpartum et évolution de la dyspareunie

La prise en charge thérapeutique est la troisième phase du parcours de soin des patientes ayant des dyspareunies au troisième mois du post-partum. La majorité des femmes en a bénéficié (10/13). Les femmes ont été interrogées sur la prise en charge thérapeutique de leur dyspareunie et l'évolution de celle-ci. Ces éléments ont permis d'approcher la perception des patientes quant aux facteurs d'amélioration de leur dyspareunie.

L'aperçu schématique suivant synthétise les résultats de cette partie.

Prise en charge thérapeutique des dyspareunies du post-partum



Facteurs d'amélioration de la dyspareunie perçus par les patientes

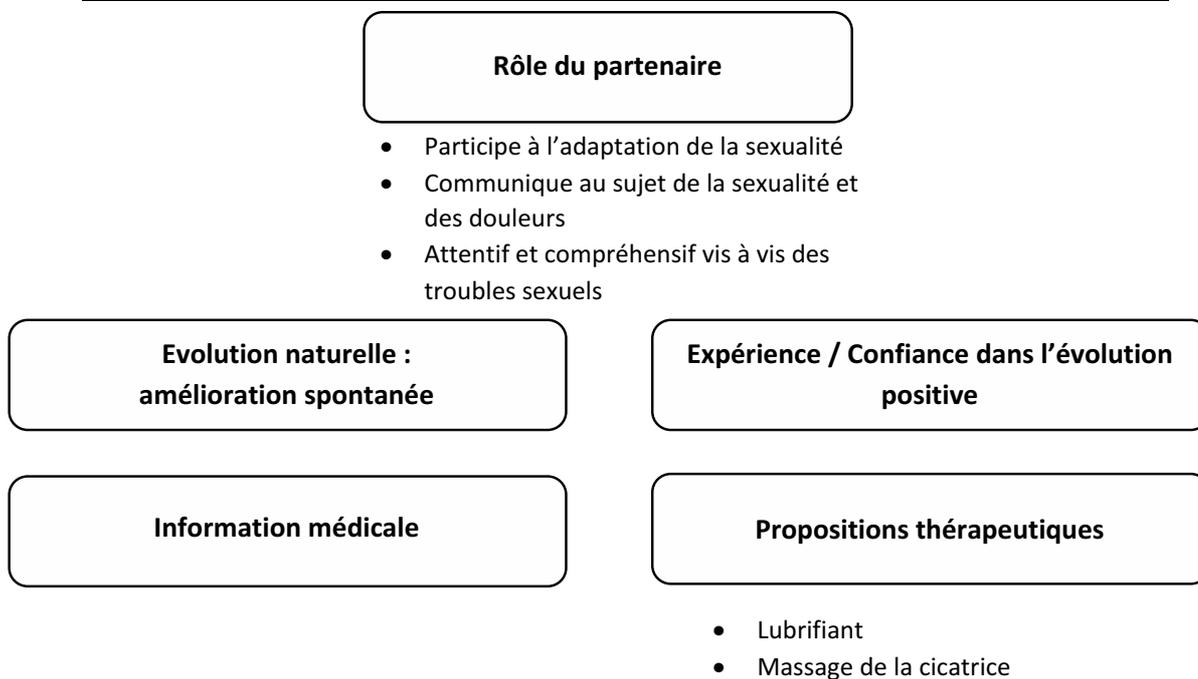


Schéma 5. Prise en charge thérapeutique et facteurs d'amélioration perçus des dyspareunies

3.2.3.3.1 Acteur de la prise en charge thérapeutique

L'acteur principal de la prise en charge thérapeutique était les sages-femmes. (E1, E3, E5, E6, E7, E9, E11, E12, E13)

Une minorité de femmes a cité le gynécologue comme acteur de la prise en charge thérapeutique (E4) ou potentiel acteur (orientation si persistance du symptôme). (E5)

Une femme a cité le médecin généraliste comme acteur de la prise en charge thérapeutique. (E4)

3.2.3.3.2 Les éléments de la prise en charge thérapeutique

- *Prise en charge thérapeutique au niveau de la sphère génitale*

La moitié des femmes a reçu le conseil d'utiliser du lubrifiant dans le contexte de la dyspareunie (E1, E3, E5, E6, E7, E12)

E3 : « J'ai expliqué que j'avais eu un ressenti au premier rapport un petit peu gênant. Elle m'a demandé si j'avais utilisé des huiles ou quoique ce soit. Au premier effectivement j'en n'avais pas utilisé et elle m'a conseillé, elle m'a dit n'hésitez pas à l'utiliser pour la seconde fois »

E12 : « C'est là où elle m'a conseillé, dans la conversation, elle m'a conseillé le lubrifiant »

Le massage de la cicatrice périnéale a été proposé à un moindre nombre de femmes ayant des dyspareunies. (E7, E9)

E7 : « elle m'avait dit de masser la cicatrice »

E9 : « Elle m'a dit de masser mon périnée avec de l'huile d'amande douce. (...) elle m'a expliqué pour enlever cette petite boule qui était présente et qui me gêne encore »

La rééducation périnéale a été évoquée à plusieurs reprises dans les entretiens (E3, E5, E6, E10, E11, E12, E13), mais elle n'a jamais été rapportée de façon explicite pour la prise en

charge des dyspareunies. Certaines femmes faisaient pourtant un lien entre leur douleur ou l'appréhension de celle-ci et la rééducation périnéale. (E10, E13)

E10 : « J'ai des gênes, j'avais ressenti des douleurs au premier rapport. (...) c'est déjà arrivé, avec mon premier, c'est déjà arrivé et puis je suis en pleine santé, la rééducation périnéale se passe très bien, j'ai aucune raison de penser que ça va pas rentrer dans l'ordre. »

E13 : « Je lui ai expliqué que oui j'avais une appréhension, j'avais peur que ça me fasse mal. (...) A mon dernier rendez-vous avec la sage-femme justement mon muscle du périnée est très tendu. J'ai peur que ça me fasse mal en fait parce que quand la sage-femme essaie de détendre justement ça me fait mal. »

- *Prise en charge thérapeutique générale de la douleur*

Une femme a expliqué que son médecin généraliste lui avait prescrit des antidouleurs et des anti-inflammatoires pour des douleurs périnéales présentes pendant et en dehors des rapports sexuels. (E4)

E4 : « J'avais des douleurs. Le médecin m'avait donné un antidouleur et un anti-inflammatoire aussi pour calmer la douleur. (...) On essaie par nous-même on voit si ça fait mal ou pas, et puis après si ça fait mal on prend un antidouleur »

- *Soutien psychologique, réassurance*

Une majorité de femme a rapporté des propos rassurants de la part des professionnels de santé (gynécologue et sage-femme) quant à leur dyspareunie, à sa normalité dans le post-partum et à son évolution favorable. (E1, E3, E4, E6, E7, E11, E13)

E1 : « la sage-femme m'a demandé si j'avais des douleurs, alors je lui ai dit que oui, elle m'a dit que c'était normal et que ça devrait passer »

E4 : « Après j'avais le rendez-vous avec la gynéco. Elle m'a demandé si j'avais des douleurs (...) Elle m'a dit que c'était normal au début et que ça allait passer »

E7 : « elle m'a dit que c'était normal d'avoir des petites sensations pas agréables »

E13 : « J'avais peur que ça me fasse mal. (...) elle m'a dit que c'était normal, que je n'avais pas à forcer les choses, que je devais laisser faire, ben que ça ira »

Une femme, en parlant de son expérience lors de sa première grossesse, a critiqué la démarche de réassurance, se sentant non entendue dans sa plainte douloureuse. (E5)

E5 : « j'avais vu pour mon rendez-vous post natal un gynéco. (...) Je lui avais parlé que ça me faisait mal. Ça passera voilà ce qu'il m'avait répondu. C'était ma première grossesse, je ne savais pas comment ça allait se passer, j'avais encore mal 17 semaines après mon accouchement. Et on me dit comme ça « ça va passer », ben oui mais en attendant j'ai toujours mal et on se dit que ça s'arrêtera jamais. »

- *Soutien informationnel sur les dyspareunies du post-partum*

L'information sur l'origine des dyspareunies du post-partum et les troubles sexuels associés étaient apportées par les sages-femmes.

- ✓ *Origine des dyspareunies*

L'origine des dyspareunies a été expliquée aux femmes face à leur plainte douloureuse. La sécheresse vaginale a été principalement évoquée (E1, E5, E6, E7) en lien avec l'allaitement maternel (E1, E7) ou la prise d'un contraceptif oral (E5).

E1 : « La sage-femme nous a demandé si on avait repris les rapports sexuels, j'avais dit que oui, et comme j'allait il peut y avoir des problèmes de sécheresses vaginales »

E5 : « je lui ai dit que j'avais quelques douleurs. Elle m'a dit c'est sûrement dû aux sécheresses vaginales. Et que ça pouvait venir aussi de la pilule qu'il donne après l'accouchement »

Les dyspareunies ont été mises en relation avec une appréhension des douleurs et une crispation consécutive. (E7, E11)

E7 : « oui elle aussi elle m'avait dit pareil, que c'était normal d'avoir un peu peur justement de reprendre les rapports. »

Enfin, les dyspareunies ont été mises en lien avec la cicatrice périnéale. (E1)

E1 : « La sage-femme m'avait demandé si j'avais des douleurs alors je lui ai dit oui, elle m'a dit que c'était normal, il pouvait rester des cicatrices de l'accouchement. »

✓ *Troubles sexuels associés*

Une femme a été informée que le plaisir sexuel pouvait être modifié dans le post-partum. (E7)

E7 : « elle m'avait dit que c'était normal d'avoir des petites sensations pas agréables et de pas avoir justement au niveau du plaisir sexuel, de ne pas avoir les mêmes sensations »

L'hypo-désir sexuel dans le post-partum a été exposé comme pouvant être la conséquence d'un déséquilibre hormonal en lien avec l'allaitement maternel. (E13)

E13 : « J'ai expliqué à la sage-femme que j'avais pas forcément d'envie et elle me disait que ça devait être dû aux hormones. Du fait que j'allait »

• *Orientation médicale*

Une femme a reçu le conseil par la sage-femme de consulter un gynécologue en cas de persistance des dyspareunies. (E5)

E5 : « je lui ai dit que forcément au début ça faisait mal, elle m'a dit que c'était sûrement à cause des sécheresses mais que si ça persistait par contre il fallait que je consulte le gynécologue »

3.2.3.3.3 Évolution des dyspareunies

La majorité des femmes ont rapporté une amélioration de leur dyspareunie (12/13) mais sans sédation des douleurs pour certaines (3/12). Cette amélioration était perçue par les patientes comme consécutive à une intervention médicale, dans une moindre mesure (4/12). Elle était

majoritairement considérée en lien avec le rôle du partenaire (7/12) ou spontanément résolutive (6/12). L'amélioration des douleurs était souvent multifactorielle (8/12).

- *Facteur de l'amélioration des dyspareunies perçus par les patientes*
- ✓ *Amélioration en lien avec la prise en charge thérapeutique médicale*

Certaines femmes ont rapporté une amélioration des dyspareunies ou de leur appréhension en lien avec l'information reçue avant ou après l'accouchement. (E3, E6, E7, E10)

E3 : « j'aurais pu me crisper ou vouloir vraiment attendre, parce que l'appréhension aurait été là, alors qu'en fait c'est d'en avoir discuté en cours, j'ai trouvé ça bien et ça a pas été une grosse appréhension »

Certaines femmes ont expliqué que l'amélioration des dyspareunies était en lien avec les propositions thérapeutiques (lubrifiant, massage du périnée) (E3, E6, E7, E10)

E3 : « Les conseils avec les huiles c'était important »

E7 : « c'était plus facile et plus agréable avec un lubrifiant dans tous les cas »

La réassurance n'a pas été évoqué explicitement comme un facteur améliorant les douleurs ou leur appréhension, même si quelques femmes ont admis avoir été rassurée par le discours du professionnel de santé. (E1, E3, E7)

E1 : « oui ça m'a plutôt rassurée »

E3 : « je me suis sentie rassurée »

- ✓ *Amélioration en lien avec le rôle du partenaire*

Une majorité de femme a expliqué que l'amélioration de leur dyspareunie était en lien avec l'attitude et la participation à l'adaptation de la sexualité de leur partenaire dans le post-partum.

Le rôle positif de la communication dans le couple au sujet de la sexualité, des dyspareunies et de leur appréhension était rapporté. (E3, E6, E7, E8)

E3 : « Le fait d'en avoir parlé avec mon ami, ça m'a aidé aussi parce qu'il était plus conscient »

E6 : « et avec mon compagnon on est assez ouvert à ce niveau-là donc on discute. (...) Si on garde pour soi qu'on a peur, on peut être crispée. Si on ne le dit pas au partenaire il peut ne pas comprendre »

E8 : « Je pense que ce qui a eu un impact positif c'est surtout qu'on a pu discuter avec le papa et qu'il s'est montré patient, compréhensif »

Le rôle participatif du partenaire dans l'adaptation de la sexualité aux douleurs et lors de la reprise des rapports dans le post-partum était cité comme facteur d'amélioration des douleurs. L'adaptation de la sexualité concernait une reprise progressive et en douceur des rapports sexuels. (E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10)

E5 : « Déjà y aller doucement, on ne fait pas de folies »

E10 : « il sait très bien que ça peut être douloureux donc on a fait ça tout doucement »

L'adaptation de la sexualité concernait également l'augmentation des préliminaires (E8, E9) ainsi qu'une sexualité progressivement pénétrante (E9, E10)

E8 : C'était surtout les préliminaires qui ont été plus longues »

E9 : « si je sentais que ça n'allait pas, que j'avais mal au toucher vaginal et bien on s'arrête là »

L'attitude positive du partenaire, attentif et compréhensif vis à vis des troubles sexuels de sa partenaire dans le post-partum était également citée. (E3, E6, E7, E8, E9, E10)

E7 : « il m'a dit on reprendra quand tu seras prête »

E8 : « Je pense que ce qui a eu un impact positif c'est surtout qu'on a pu discuter avec le papa et qu'il s'est montré patient, compréhensif »

E9 : « il a toujours été à l'écoute, il savait que c'était pas simple pour moi, que je mettais du temps. Toujours à l'écoute et compréhensif »

✓ *Amélioration en lien avec la confiance dans l'évolution positive du symptôme*

Plusieurs femmes ont eu le sentiment que l'expérience des dyspareunies au cours d'une précédente grossesse permettait de réduire l'appréhension de celle-ci et leur donnait une confiance accrue dans l'évolution positive de ces douleurs. (E5, E9, E10, E11)

E5 : « comme à la première grossesse ça s'est estompé petit à petit, là je me suis dit comme il n'y a pas de déchirure, j'aurais forcément moins mal » « je devais être moins stressée »

E9 : « Je sais que ça va bien se passer comme pour les dernières grossesses, j'ai plusieurs outils. (...) le lubrifiant j'en utilisais déjà depuis des sécheresses vaginales, donc je connais très bien, j'en utilisais »

E10 : « avec l'expérience de ma première grossesse je fais confiance à mon corps (...) je sais que mon corps va se remettre tranquillement »

✓ *Amélioration spontanée*

Une partie des femmes a considéré que leur dyspareunie était spontanément résolutive, faisant évoquer l'évolution naturellement positive des dyspareunies dans le post-partum. Cette perception d'une amélioration spontanée pouvait être associée à d'autre(s) facteur(s) d'amélioration tel(s) l'expérience et /ou le rôle du partenaire (E1, E2, E4, E5, E11, E12)

E4 : « C'est passé avec le temps. »

E5 : « ça allait de mieux en mieux, ça s'est arrangé spontanément »

E11 : « J'étais un peu crispée sur le premier rapport après l'accouchement. Donc ça a dû jouer, mais après aucune douleur »

E12 : « Pas pour cette grossesse-là, j'en avais utilisé (du lubrifiant ND) et finalement ça va mieux, ça s'est résorbé, j'ai pas eu besoin »

• *Persistance des dyspareunies ou de leur appréhension*

Malgré une amélioration pour certaines, la persistance des douleurs ou de leur appréhension a été rapportée par quatre patientes. Il était difficile de déterminer précisément les causes de

la persistance des douleurs pour chacune des patientes. La notion de persistance a donc été mise en perspective avec l'existence ou non d'une prise en charge thérapeutique, sans qu'une relation causale n'ait été établie par les patientes.

✓ *Présence d'une prise en charge thérapeutique*

Trois patientes avaient une persistance des dyspareunies ou de leur appréhension malgré une prise en charge thérapeutique (E7, E9, E13). La patiente E7 a bénéficié de réassurance et du conseil d'utiliser du lubrifiant et de masser la cicatrice. Elle n'était pas en difficulté avec ce symptôme et était confiante dans son évolution favorable entre-autre grâce à son expérience et à l'accompagnement des sages-femmes en qui elle avait confiance.

E7 : « Du coup même avec le gel intime c'est quand même un peu sensible quoi. (...) Je sais que ça va partir parce que pour mon premier ça a déjà fait ça. C'est le temps qui va faire les choses, et plus ça va aller et moins la cicatrice va faire mal. (...) Pour moi ce qui a été fait, le conseil qui m'a été donné, qui plus est m'a été donné par 2 sages-femmes différentes, du coup je me dis que c'est ce qu'il y a à faire. »

La patiente E9 a elle aussi bénéficié d'une prise en charge thérapeutique avec le conseil du massage du périnée. Elle utilisait du lubrifiant et adaptait sa sexualité avec son partenaire. Elle était confiante dans l'évolution positive grâce à son expérience mais elle n'osait pas solliciter les sages-femmes sur le sujet.

E9 : « Je pense que si je posais la question ce serait bien accueilli et j'aurais sûrement des bons conseils. Je sais que je reste en réserve là-dessus. C'est mon intimité donc peut-être que je n'ose pas poser la question ou je me dis que je vais y arriver toute seule. (...) Voilà en gros comme je m'écoute et que mon conjoint va dans mon sens voilà et puis je connais les lubrifiants et je sais que ça va bien se passer comme pour les dernières grossesses. »

La patiente E13 a bénéficié d'une réassurance de la part d'une sage-femme par rapport à son appréhension des dyspareunies et d'information sur la cause de son hypo-désir sexuel. Pour autant elle n'arrivait pas à reprendre une activité sexuelle en lien avec des douleurs périnéales, l'appréhension de douleurs lors de la reprise des rapports, la modification de

l'image de son corps et peut-être le manque de communication et d'adaptation de la sexualité avec son compagnon.

E13 : « On a déjà réessayé mais moi j'ai bloqué, on en a même pas discuté vraiment tous les deux. (...) L'image de mon corps et l'appréhension. C'est si tout se fait en douceur en fait... je pense que ça irait. Je pense que l'appréhension partirait. (...) Après je m'étais dit ça reviendra naturellement. Mais non comme je continue à avoir des douleurs et quelques tensions ben ça me bloque. »

✓ *Absence de prise en charge thérapeutique*

Une patiente exprimait la persistance de sa dyspareunie et n'avait pas bénéficié d'une prise en charge thérapeutique. Pour autant elle ne se sentait pas en difficulté avec son symptôme car confiante dans l'évolution favorable des douleurs grâce entre-autre à son expérience et à l'adaptation de la sexualité avec son partenaire. Elle n'avait donc pas exprimé ses difficultés auprès de la sage-femme tout en ayant confiance en elle pour lui trouver une solution. (E10)

E10 : « Elle n'a pas été abordée (la question des dyspareunies ND). Parce que je n'ai pas ressenti le besoin, je continue à voir ma sage-femme et j'ai pas ressenti le besoin d'en parler avec la sage-femme. Du coup j'ai pas de rapports très fréquents en ce moment. C'est pas non plus un problème je ne m'inquiète pas en fait, sinon la sage-femme est tout à fait prête à entendre et à me conseiller ou à m'aider par rapport à ça.(...) Avec l'expérience de ma première grossesse, je sais pas je fais confiance à mon corps. Je sais que tout va se remettre petit à petit. »

3.2.3.4 Aperçu schématique des principaux résultats liés à l'objectif principal de l'étude

PREVENTION : Information sur les dyspareunies

Source

- Sage-femme
- Médias
- Expérience
- Relationnel (amis, famille)

Contenu

- Sensibilisation aux dyspareunies
- Origine des dyspareunies
- Autres troubles sexuels
- Propositions thérapeutiques
- Adaptation de la sexualité
- Communication avec le partenaire

PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE

Acteur

- **Sage-femme**
- Gynécologue

Démarche diagnostique

ENTRETIEN

- Reprise de la sexualité
- Recherche de dyspareunie ou de trouble sexuel
- Localisation de la douleur

EXAMEN CLINIQUE

- **Présence**
Examen de la cicatrice
Toucher vaginal
Examen au speculum
- Absence

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Acteur

- **Sage-femme**
- Gynécologue
- Médecin généraliste

Prise en charge thérapeutique

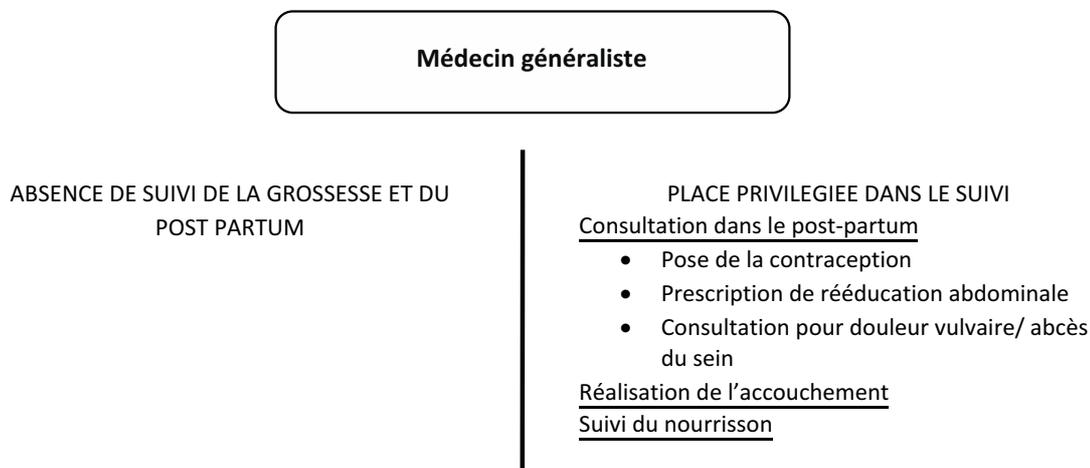
- Action sur la sphère génitale
- Réassurance
- Thérapeutique antalgique
- Information médicale
- Orientation médicale

Schéma 6. Le parcours de soin des patientes ayant des dyspareunies dans le post-partum

3.2.4 Place du médecin généraliste dans le parcours de soin de femmes ayant des dyspareunies dans le post-partum

L'un des objectifs secondaires était de déterminer la place du médecin généraliste dans le parcours de soin. Les femmes interviewées ont été interrogées sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la dyspareunie. Il est apparu qu'une seule patiente avait discuté des douleurs périnéales et des dyspareunies avec son médecin généraliste et avait bénéficié d'une prise en charge thérapeutique. C'est pourquoi cette partie s'intéresse aux consultations où la dyspareunie aurait pu être évoquée et aux facteurs limitants de son implication dans le parcours de soin perçus par les femmes. L'aperçu schématique suivant reprend les résultats de cette partie.

Place du médecin généraliste dans le parcours de soin



Facteurs limitants l'action du médecin généraliste sur la prise en charge des dyspareunies perçus par les patientes

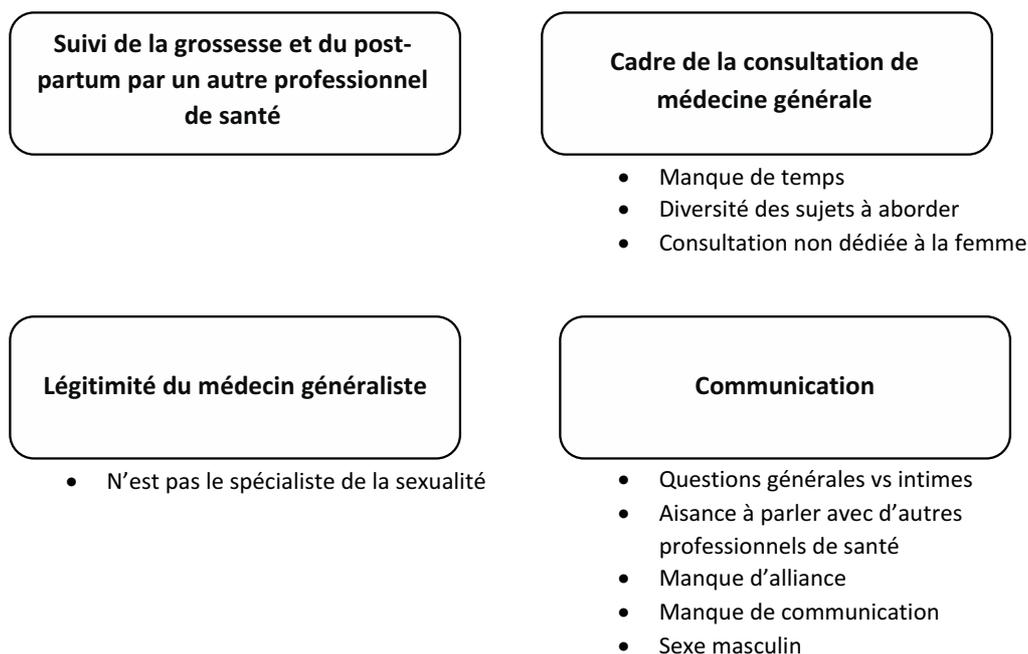


Schéma 7. Place du médecin généraliste dans le parcours de soin et facteurs limitants son action dans la prise en charge des dyspareunies du post-partum

3.2.4.1 Une place privilégiée dans le parcours de soin ?

Plusieurs femmes ont rapporté qu'elles avaient rencontré le médecin généraliste à différents moments de leur grossesse ou de leur post-partum. Ainsi, quelques femmes (4/13) ont rapporté avoir consulté leur médecin généraliste dans le post-partum pour des consultations ciblées. Ces consultations concernaient la pose d'un moyen de contraception (E2), la prescription de rééducation abdominale (E6), des douleurs vulvaires (E4), un abcès du sein (E10)

E2 : « Je suis allé le voir pour mettre un implant, il ne m'a pas du tout demandé ce qui s'était passé après la grossesse »

E4 : « J'avais des douleurs à l'avant au niveau de la vulve, j'en ai parlé au médecin généraliste (...) Elle a regardé les points et vu que c'était bien remis, c'était propre il n'y avait pas d'infection »

E6 : « Je n'ai pas rencontré mon médecin généraliste pour ma grossesse, hormis lorsque j'étais malade et pour la prescription de la rééducation abdominale post accouchement »

E10 : « il m'a demandé pour mon abcès du sein. (...) Comme j'allaitais et que j'ai fait une infection donc du coup il m'a posé plein de question par rapport à mon état de santé et l'allaitement »

Une patiente a expliqué que le médecin généraliste avait réalisé l'accouchement (E2)

E2 : « En fait c'est lui qui m'a accouché à l'île d'Yeu »

Plusieurs patientes (7/13) ont évoqué les consultations pour le suivi du nourrisson comme rencontre avec le médecin généraliste dans le post-partum (E2, E4, E8, E10, E11, E12, E13)

E4 : « on venait tous les mois pour la visite pour le bébé »

E8 : « on a vu un médecin généraliste pour les vaccins de la petite »

E10 : « il s'est plutôt concentré sur le bébé »

E13 : « Le médecin généraliste il est juste là pour surveiller ma fille tous les mois »

Près de la moitié des femmes interviewées (7/13) ont expliqué que le médecin généraliste n'avait eu aucun rôle, ni dans le suivi de la grossesse ni dans le suivi du post-partum (E1, E3, E8, E9, E11, E12, E13)

E8 : « Moi non je n'ai pas vu de médecin généraliste entre temps (depuis l'accouchement ND) »

E11 : « J'y vais rarement chez le médecin (...) c'est pas lui qui a fait mon suivi de grossesse non plus »

E12 : « Je ne l'ai pas revu mon médecin généraliste depuis l'accouchement, sauf pour ma fille. Je ne l'ai pas vu pour moi. »

3.2.4.2 Facteurs limitants de la prise en charge du médecin généraliste

Les femmes ont perçu différentes limites quant à la prise en charge de la dyspareunie par le médecin généraliste. Ces limites concernaient le suivi par un autre professionnel de santé, le cadre de la consultation de médecine générale, la légitimité du médecin généraliste et la communication.

3.2.4.2.1 Suivi de la grossesse et du post-partum

Plusieurs femmes rapportaient que le fait qu'elles aient été suivies par un autre professionnel de santé pour leur grossesse limitait la prise en charge du post-partum par le médecin généraliste. (E2, E3, E10, E11)

E2 : « Il ne m'a pas du tout demandé ce qui s'était passé après la grossesse, il a vu que j'avais été suivi par la sage-femme, je pense qu'il a laissé. C'est vrai que je n'ai eu aucune conversation avec lui à ce sujet-là »

E10 : « Il savait que j'étais suivi par une sage-femme du coup il ne faisait pas mon suivi non plus »

E11 : « C'est pas lui qui a fait mon suivi de grossesse non plus »

Une femme a rapporté que son médecin généraliste n'était pas à l'aise avec le suivi de la grossesse, il l'avait donc orienté vers une sage-femme pour le suivi de grossesse ce qui limitait la prise en charge du post-partum ensuite. (E9)

E9 : « Depuis le début je suis suivie par ma sage-femme et il ne se sentait pas très à l'aise j'avais bien compris. Déjà pendant la grossesse il m'a très vite orienté vers les sages-femmes de quartier. »

3.2.4.2.2 Cadre de la consultation

Divers éléments du cadre de la consultation de médecine générale était décrit comme des limites à la prise en charge des dyspareunies. Tout d'abord, la consultation motivée par le suivi du nourrisson et donc non dédiée à la femme, ne favorisait pas la prise en charge de la dyspareunie. (E4, E8, E11, E12, E13)

E4 : « J'ai rencontré le médecin généraliste et là on en n'a pas parlé du tout. On venait pour la visite tous les mois pour le bébé »

E13 : « Avec le médecin généraliste quand je prends rendez-vous c'est pour ma fille ; alors forcément on ne parle pas de moi »

Ensuite, le manque de temps du médecin généraliste lors de ses consultations était identifié comme un facteur limitant de la prise en charge des dyspareunies. (E2, E4)

E2 : « Il aurait pu me demander comment ça se passait, après il n'a peut-être pas le temps. Les rendez-vous sont tellement calés à l'île d'Yeu, quart d'heure par quart d'heure, que il n'a pas le temps de s'éterniser »

E4 : « Au niveau du médecin généraliste c'était très rapide, je pense qu'elle n'a pas trop le temps de parler de ça »

Enfin, les nombreux sujets à aborder dans la consultation étaient évoqués comme une limite à discuter des dyspareunies. (E2, E4)

E2 : « je me dis qu'ils ne peuvent pas penser à tout, il y a peut-être d'autres problèmes sur d'autres sujets »

3.2.4.2.3 *Légitimité du médecin généraliste*

Quelques femmes ont posé la question de la légitimité du médecin généraliste à parler de sexualité aux patientes considérant que le médecin généraliste, à la différence d'autres professionnels de santé, n'était pas spécialiste dans ce domaine. (E7, E9, E10)

E7 : « les sages-femmes sont spécialisées là-dedans, le généraliste est généraliste », « avant j'avais un gynécologue donc j'en parlais (de la sexualité ND), mais pareil je pense parce que c'était le professionnel de la sexualité (...) Le gynécologue touche à mon intimité, on parle de mon intimité ça ne va pas me déranger, mais en parler avec mon généraliste c'est pas pareil »

E10 : « Pour moi la sage-femme est plus engagée dans le soin aux femmes que les médecins »

3.2.4.2.4 *Communication au sujet de la dyspareunie*

Divers éléments limitaient la communication au sujet de la dyspareunie.

Les questions posées par le médecin généraliste pour évoquer le post-partum étaient jugées vagues, limitant l'abord de sujets plus intimes. (E2, E10, E11, E13)

E11 : « il me demande si je moi je vais bien. (...) Il m'a demandé comment c'était passé l'accouchement. Mais c'est tout voilà. Si le bébé allait bien. On n'est pas rentrés dans les détails. »

Plusieurs femmes ont pu évoquer qu'elles se sentaient plus à l'aise avec la sage-femme pour évoquer la sexualité et les dyspareunies dans le post-partum. (E3, E6, E7, E9, E10, E13)

E9 : « J'étais plus à l'aise avec elle qu'avec mon médecin traitant de toute façon »

E10 : « J'en parlerais beaucoup plus facilement avec une sage-femme qu'avec un médecin »

E13 : « en fait je préfère en parler avec la sage-femme »

Le manque d'alliance avec le médecin généraliste a été exposé comme un facteur pouvant expliquer le manque d'aisance à parler de sexualité. (E3, E9)

E3 : « on n'a pas eu les mêmes relations (qu'avec le médecin généraliste ND), l'avantage de la sage-femme c'est que je la voyais que pour la grossesse »

E9 : « on est plus à l'aise quand on connaît une personne avec qui on a créé un lien »

Le manque de communication avec le médecin généraliste était évoqué comme un facteur limitant l'aisance autour du sujet de la sexualité. (E3)

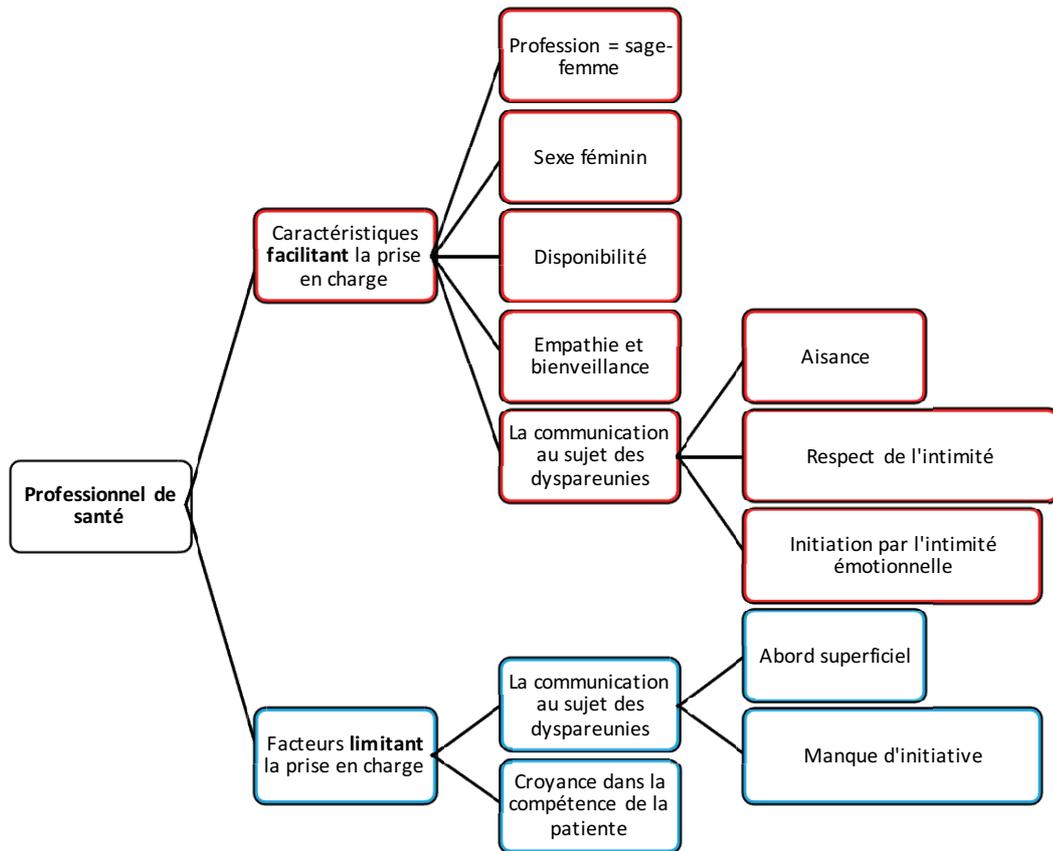
E3 : « Je ne me serai pas vu parler de tout ça avec mon médecin généraliste, peut-être que c'est parce que j'ai moins d'échanges »

Des femmes ont pu exprimer qu'elles étaient moins à l'aise avec le médecin généraliste quand celui-ci était un homme en raison de son sexe. (E7, E9)

E7 : « Je préfère en parler avec la sage-femme (...) Et puis c'est un homme alors ça me fait pas pareil. »

3.2.5 Déterminants du parcours de soin

Mettre à jour les déterminants du parcours de soin était l'un des objectifs secondaires de l'étude. Il s'agissait donc de révéler les facteurs facilitants et ceux limitants la prise en charge du côté des professionnels de santé et du côté des patientes. L'aperçu schématique suivant synthétise les résultats.



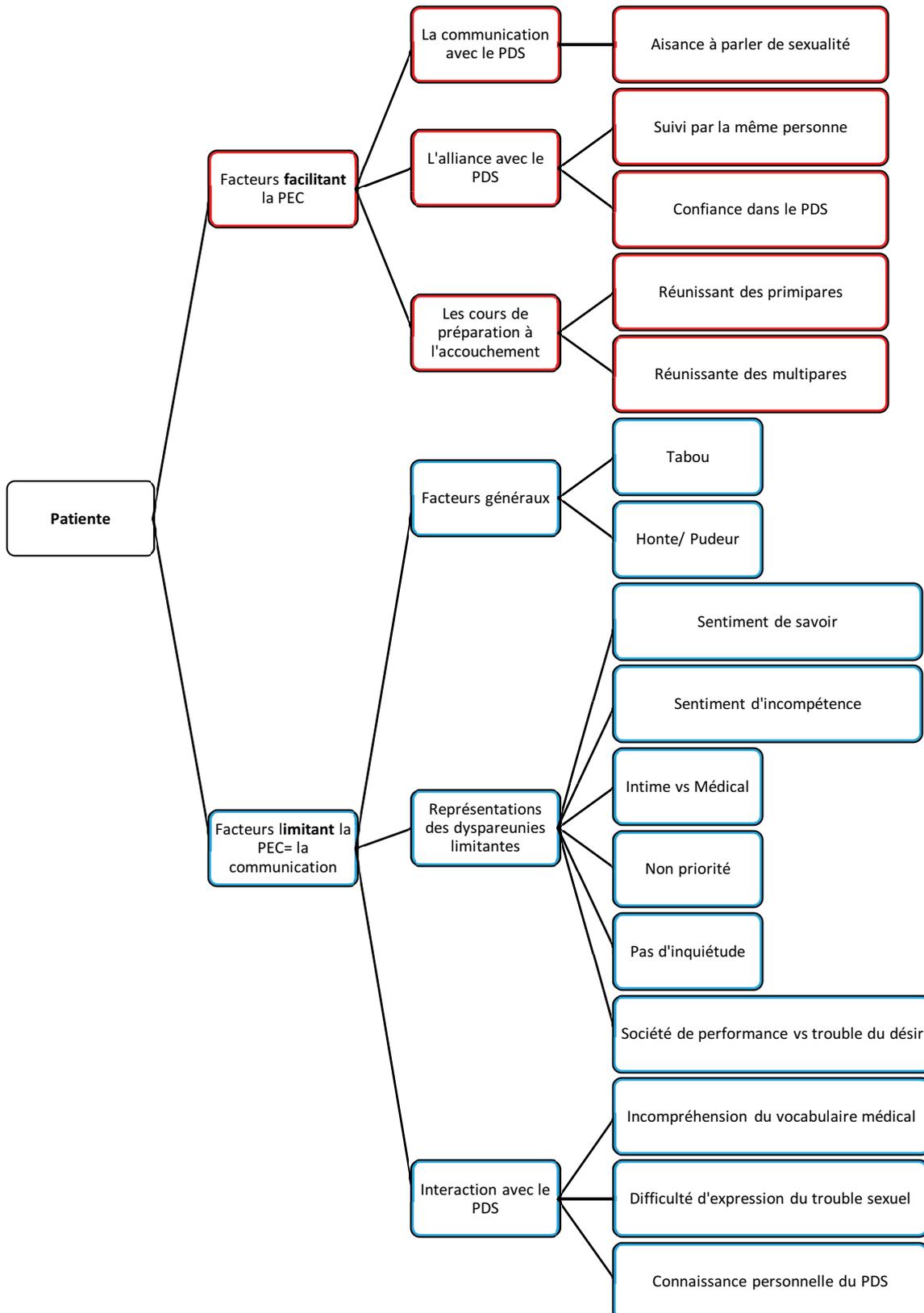


Schéma 8. Déterminants du parcours de soin (PEC : prise en charge, PDS : professionnel de santé)

3.2.5.1 Caractéristiques du professionnel de santé « idéal » facilitant la prise en charge

Différentes caractéristiques du professionnel de santé étaient identifiées comme des facteurs facilitant la prise en charge et la communication au sujet de la dyspareunie.

Tout d'abord la profession de sage-femme était un élément favorisant la communication et la prise en charge. (E6, E7, E9, E10, E13)

E6 : « c'est pas la sage-femme que ça va gêner d'en discuter, c'est son métier »

E9 : « c'est plus simple d'aborder des questions avec une sage-femme qui fait ça tous les jours »

Ensuite, le sexe féminin était un facteur facilitant la communication et la prise en charge autour du trouble sexuel. (E1, E7, E9, E11)

E9 : « on se sent quand même plus à l'aise quand c'est une femme »

L'aisance du professionnel de santé pour parler de la sexualité était citée comme facteur facilitant la communication avec la patiente. (E1, E3, E6, E7, E10, E13)

E1 : « j'ai pas de tabous avec elle »

E10 : « Elle sait très bien nous mettre à l'aise »

E13 : « Elle avait une bonne pédagogie, on a bien parlé, je me sens à l'aise avec elle. »

L'abord de la sexualité par le professionnel de santé en respectant l'intimité de la patiente était un élément important pour les femmes. (E3, E10)

E3 : « Elle ne rentre pas trop non plus dans notre intimité si on a pas envie d'en parler. »

E10 : « parler de notre intimité sans être envahissante »

Initier des questions sur l'intimité émotionnelle (ses ressentis, ses émotions) semblait faciliter la communication au sujet de la sexualité. (E10)

E10 : « À chaque fois qu'on se voit, la première chose elle demande comment ça va, comment vous vous sentez aujourd'hui. On élabore là-dessus, elle part vraiment de mon ressenti, de comment je me sens, de comment va ma vie en général. On rentre

vraiment dans les choses intimes, qui fait qu'après on a plus confiance pour aborder des thèmes plus délicats. »

La disponibilité annoncée du professionnel de santé pour ré aborder des difficultés sexuelles dans le post-partum facilitait l'expression ultérieure d'un trouble sexuel. (E2)

E2 : « elle avait dit qu'il fallait pas hésiter (...) à revenir la voire après l'accouchement pour un problème de rapport »

L'empathie et la bienveillance du professionnel de santé étaient des caractéristiques citées pouvant avoir un impact positif sur la prise en charge des dyspareunies. (E10)

E10 : « Pour moi une sage-femme c'est quelqu'un de très empathique, et qui soutient les femmes dans tous les aspects de leur vie. (...) Elles sont vraiment là pour les femmes. »

3.2.5.2 Limites perçues du professionnel de santé lors de la prise en charge

Certaines limites du professionnel de santé ont été évoquées dans la partie 3.2.3.2 portant sur les facteurs limitant le médecin généraliste dans sa prise en charge des dyspareunies. Les limites de la prise en charge, perçues par les femmes, des professionnels de santé étaient principalement communicationnelles.

Certaines patientes rapportaient l'abord trop superficiel voire inexistant des problématiques sexuelles. (E4, E5, E9, E12, E13)

E4 : « au niveau de la sexualité, un petit peu mais c'est resté succinct. (...) C'était un peu flou »

E5 : « C'est vrai qu'ils n'en parlent pas forcément beaucoup »

E9 : « on n'a pas spécialement abordé les rapports sexuels »

E12 : « Quand on dit oui on a repris les rapports sexuels, ils ne vont pas poser d'autres questions »

Un autre facteur limitant la communication sur la sexualité et donc la prise en charge était l'absence d'initiative pour parler des difficultés sexuelles des patientes. (E9, E12)

E9 : « C'est pas quelque chose que les professionnels de santé vont venir aborder sans que l'on en parle »

Une des limites perçues dans la communication du professionnel de santé était sa croyance dans la compétence de la patiente. (E4)

E4 : « C'était vraiment très rapide, en gros elle nous disait : « vous voyez comment ça se passe, si vous avez mal faut pas tenter » »

3.2.5.3 Facteurs impactant positivement la prise en charge perçus par les patientes

3.2.5.3.1 Facteurs facilitant la communication

L'aisance des femmes à communiquer au sujet de la sexualité était un élément favorisant la prise en charge. (E6, E7, E11)

E6 : « C'est vrai là-dessus moi je parle ouvertement, ça ne me dérange pas »

L'aisance de la patiente à parler de sexualité dans le post-partum était parfois réactionnelle à l'ouverture de la communication autour de la sexualité dans le pré-partum. (E3)

E3 : « C'est pas forcément des sujets où j'en aurais parlé facilement, avant mes cours de sage-femme par exemple. (...) Avant d'être enceinte, j'aurais pu croire que ça gêne. On se rend vraiment compte que c'est quelque chose de naturel, qu'on passe toutes par-là. Et au contraire, le fait d'en parler, ça nous met plus à l'aise si on a des soucis, on osera poser des questions. »

3.2.5.3.2 Facteurs facilitant l'alliance avec le professionnel de santé

Le suivi par le même professionnel de santé pendant la grossesse, facilitait l'alliance et donc la communication et la prise en charge du trouble sexuel. (E1, E3, E9, E10, E13)

E9 : « depuis le début je suis suivie par ma sage-femme (...) on est plus à l'aise quand on connaît une personne avec qui on a créé un lien »

E10 : « C'est pour ça que j'ai voulu qu'elle me suive le plus tôt possible, je savais que du coup je pourrais parler, lui parler à elle, si j'avais le moindre problème. »

La confiance dans le professionnel de santé était également un facteur permettant l'alliance et la prise en charge du trouble sexuel. (E3, E9, E10, E11)

E10 : « On a une relation de confiance, ça pose aucun problème d'exprimer si jamais j'en ressens le besoin. »

E11 : « J'ai eu un bon feeling avec la sage-femme, si j'avais eu quelqu'un avec qui je ne m'étais pas sentie en confiance, je n'aurai peut-être pas dit, je ne serais pas allée aussi loin dans le sujet »

3.2.5.3.3 Les cours de préparation à l'accouchement

Les cours de préparation à l'accouchement réunissant des femmes primipares étaient cités comme un facteur facilitant l'émergence des préoccupations autour des troubles sexuels dans le post-partum et pouvant être difficile à exprimer (E3)

E3 : « Là on était trois on partait un peu dans l'inconnu. On avait des questions importantes, ou celles que nous, on n'avait pas osé poser, les personnes qui étaient avec nous, allaient les poser »

Les cours de préparation à l'accouchement avec des femmes multipares permettaient d'évoquer l'expérience de troubles sexuels dans le post-partum. (E1)

E1 : « Au moment des cours de préparation à l'accouchement. On était 4 mamans et ça a été abordé succinctement. C'était pas une séance préparée mais c'est venu sur « la reprise », comme quoi c'était pas évident, c'était que des mamans qui avaient eu des enfants et c'était pas évident de reprendre tout de suite. »

3.2.5.4 Facteurs propres aux patientes limitant la prise en charge

3.2.5.4.1 Facteurs généraux limitant la communication

L'un des facteurs principaux limitant l'expression de la dyspareunie par les patientes était le tabou autour de la sexualité. (E1, E2, E3, E9, E12) L'un des indicateurs était l'absence de prononciation du mot « sexualité » ou ses dérivés dans l'ensemble de l'interview. (E1, E2, E3)

E9 : « Je n'ose pas poser la question »

E12 : « Je n'ose pas trop (en parler ND) »

Certaines patientes ont pu évoquer un sentiment de pudeur ou de honte à parler de sexualité, limitant l'expression de leur problématique. (E2, E12)

E2 : « Oh je pense que c'est la pudeur tout simplement » (qui la freine à parler de sexualité)

E12 : « Peut-être par honte »

3.2.5.4.2 Représentations limitantes pour l'expression de la dyspareunie

Plusieurs représentations des femmes interviewées ont pu être limitantes dans l'expression de leur symptôme sexuel auprès d'un professionnel de santé.

Plusieurs femmes ont exprimé leur sentiment de savoir au sujet des dyspareunies. Cette connaissance venait de leur expérience des dyspareunies du post-partum pour les patientes multipares (E2, E6, E9, E10, E11, E12) et de leur propre expérience des dyspareunies en dehors de la grossesse pour une patiente primipare (E8)

E8 : « C'est le moment parfois de frottement un peu prolongé où en fait finalement, ça chauffe. Donc oui ça devient dérangeant parfois douloureux, ça c'est pas nouveau c'est des choses que j'avais déjà pu ressentir. »

E9 : « Au niveau cicatrisation et rapport sexuel, je sais un peu comment ça fonctionne et je ne lui ai pas posé de question non plus »

E11 : « Je ne suis pas dans l'inexpérience de tout ça. Enfin, je connaissais donc je ne me suis pas non plus étalée sur les questions. »

A l'inverse, une patiente était dans un sentiment d'incompétence par rapport à ses craintes à la reprise des rapports sexuels et supposait que cette appréhension des douleurs était psychologique limitant tout autant l'expression de sa problématique sexuelle. (E1)

E1 : « J'avais pas mal d'appréhension et je me disais que la cicatrice, c'est stupide, allait s'ouvrir, je sais bien c'est stupide (...) C'est comme si j'avais peur de revivre ces douleurs au moment de l'accouchement. C'est psychologique. »

Certaines femmes ont expliqué que leur dyspareunie ne leur semblait pas être une problématique médicale mais appartenir à l'intime, limitant de fait l'expression des douleurs. (E2, E8, E9, E10)

E2 : « c'était moi qui n'était pas tout à fait prête. Mais c'était pas un problème médical à mon avis »

E8 : « Je pense que c'est surtout quelque chose que l'on partage avec la personne avec qui on est en couple, mais je pense qu'après ça ne regarde pas les autres et effectivement les professionnels de santé »

Le sentiment de non priorité des problématiques sexuelles faisait partie des croyances limitant leur expression. (E1, E6, E8, E10, E13)

E6 : « Je n'ai pas vraiment posé de question non plus, je me focalisais plus sur l'accouchement que sur l'après »

E13 : « on vient d'accoucher, donc forcément on a d'autres choses à penser »

L'absence de préoccupation au sujet du trouble sexuel limitait sa présentation auprès d'un professionnel de santé. (E6, E10, E12)

E10 : « Elle n'a pas été abordée, parce que j'en ai pas ressenti le besoin. C'est pas non plus un problème, je ne m'inquiète pas en fait. »

Une patiente a exprimé qu'elle avait le sentiment de vivre dans une société où la sexualité devait être performante, ce qui ne lui a pas permis d'exprimer son trouble sexuel auprès d'un professionnel. (E12)

E12 : « On est dans une société tellement basée sur le plaisir qu'on n'ose pas vraiment dire qu'on n'a pas très envie quoi »

3.2.5.4.3 Facteurs limitant l'interaction avec le professionnel de santé

De façon individuelle, certaines limites dans l'interaction avec le professionnel de santé et donc dans la prise en charge ont pu être citées. Tout d'abord l'incompréhension du vocabulaire médical avec l'utilisation d'un certain jargonisme médical pouvait limiter la compréhension du discours du professionnel de santé. (E1) Ici, la patiente

E1 : « J'imagine que ça ne doit pas être ressenti de la même façon pour une femme qui a eu une épisiotomie ou qui a eu une déchirure ou des lochies ? Après ma sage-femme qui m'a accouché a dit que j'avais eu ça, après ça m'est resté dans la tête, c'est pour ça que j'avais peur d'avoir mal »

La difficulté pour la patiente à exprimer une plainte qu'elle identifie mal elle-même était une limite à la compréhension de son trouble par le professionnel de santé. (E4)

E4 : « Moi je leur disais que j'avais des douleurs, déjà, si je disais que c'était sûrement lié à ça, lié aux rapports et puis elle disait oui, les pertes de sang, elle disait oui, après il y a le stérilet. (...) Il y a des douleurs différentes, elles sont quand même assez liées, vu que c'est rapproché aussi, je pense elles sont quand même liées »

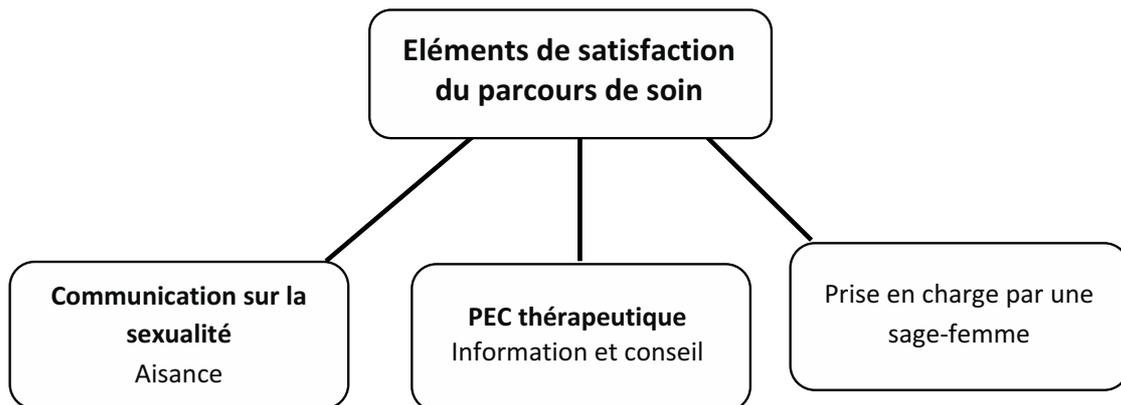
L'un des facteurs cités pouvant avoir un impact sur la prise en charge de trouble sexuel par un professionnel de santé était la connaissance du professionnel de santé dans la sphère personnelle. (E5)

E5 : « Parce qu'à l'île d'Yeu c'est pas fait par une sage-femme, c'est fait par un kiné. Nous à l'île d'Yeu toute le monde se connaît donc j'avais pas envie de le faire »

3.2.6 Avis sur le parcours de soin

Déterminer l'avis des patientes sur leur parcours de soin, les éléments de satisfaction et les propositions d'amélioration, constituait l'un des objectifs secondaires de l'étude. Il était donc proposé aux femmes de donner leur avis sur la prise en charge de leur dyspareunie.

L'aperçu schématique des résultats suivant permet de synthétiser les résultats.



Propositions d'amélioration du parcours de soin

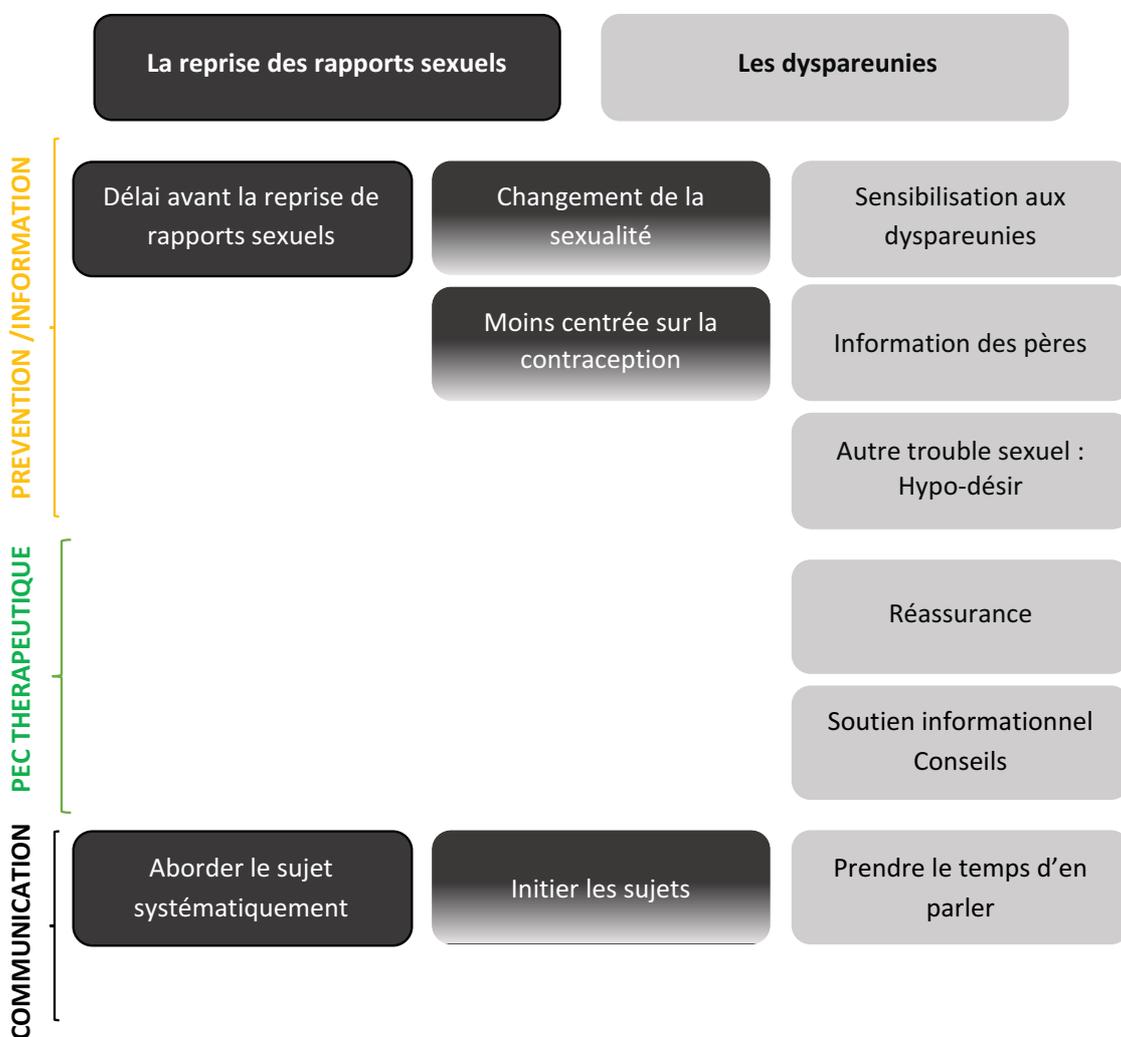


Schéma 9. Avis sur le parcours de soin

3.2.6.1 Éléments d'amélioration du parcours de soin

3.2.6.1.1 Proposition d'amélioration de la prévention dans le parcours de soin

L'une des principales propositions d'amélioration de l'information concernait celle au sujet du changement de la sexualité dans le post-partum (E5, E9, E12)

E5 : « C'est vrai quand même je trouve que c'est important d'en parler, parce que c'est quand même différent après, c'est pas forcément facile de reprendre »

Une femme expliquait qu'elle aurait souhaité être plus sensibilisée aux risques des dyspareunies et aux façons de les éviter (E4)

E4 : « Oui de faire attention ça on le savait mais qu'on risquait d'avoir des petites douleurs qui allait trainer un petit peu, le temps de la cicatrisation. » « Nous prévenir de la douleur, de faire attention. Comment éviter les douleurs. »

Une femme rapportait son souhait d'être mieux informée sur les troubles sexuels tel l'hypo-désir sexuel dans le post-partum (E12)

E12 : « Plus autour du manque de désir, que les douleurs je me dis que c'est peut-être un passage obligé, et c'est peut-être plus l'angle qui est abordé. Mais l'angle du manque de désir n'est pas forcément abordé. »

Une femme aurait souhaité recevoir plus d'information sur le délai avant la reprise des rapports sexuels dans le post-partum et le temps de cicatrisation périnéale (E4)

E4 : « Je ne sais pas s'il y a un délai à attendre après l'accouchement. Oui en fait des conseils »

Une femme regrettait que l'information sur la contraception occulte le sujet de la reprise des rapports sexuels (E13)

E13 : « A la maternité, à part l'histoire de la contraception c'est tout ce qu'on a. »

Deux patientes ont évoqué le manque d'intégration des pères au cours de préparation à l'accouchement. Elles regrettaient qu'ils ne reçoivent pas d'information au sujet de la reprise des rapports sexuels et de la dyspareunie (E3, E5)

E3 : « Les impliquer un peu plus pour qu'ils comprennent mieux (...) ça permet qu'ils entendent de l'extérieur que ça peut être différent »

E5 : « Et puis les cours où les papas peuvent venir, ils devraient en parler parce que le papa n'est pas forcément à l'aise non plus, là-dessus »

3.2.6.1.2 Proposition d'amélioration de la prise en charge thérapeutique

Certaines femmes ont exprimé qu'elles auraient souhaité être plus rassurées sur leur dyspareunie (E1, E8, E12)

E1 : « et rassurer sur les douleurs »

E12 : « ça a vraiment été juste des conseils sur le lubrifiant, après voilà c'est vraiment que ça. Sur peut-être rassurer parce qu'on a peut-être moins envie, qu'on a peut-être peur des rapports. »

D'autres auraient souhaité avoir plus de conseil ou de soutien informationnel pour mieux appréhender les dyspareunies (E1, E4, E9)

E1 : « Oui des questions là-dessus, des informations là-dessus »

E9 : « C'est un peu compliqué la reprise, si parfois on peut avoir des petits conseils, des aiguillages ça peut toujours être sympa et que ça se passe mieux justement »

3.2.6.1.3 Proposition d'amélioration de la communication dans le parcours de soin

L'une des propositions d'amélioration de la communication était de discuter plus systématiquement de la reprise de la sexualité à la sortie de la maternité ou lors de la visite post-natale. (E1, E4, E9, E13)

E1 : « Voilà, que ça fasse partie des sujets abordés à la sortie de la maternité par exemple »

E4 : « Oui des conseils comme avec le bébé, pourquoi pas des conseils après l'accouchement »

E9 : « Je pense que ça pourrait être un des sujets qui fasse partie des questions post accouchement, lié à la reprise de la sexualité. »

Plusieurs patientes ont rapporté qu'elles souhaiteraient que les professionnels de santé soient à l'initiative de la discussion sur la sexualité dans le post-partum. (E1, E2, E5, E8, E9, E12)

E1 : « Que le professionnel de santé l'aborde et qu'il n'attende pas les questions parce qu'on ose pas forcément »

E9 : « Je pense que c'est aux professionnels de santé, je trouve que ça fait partie de leur profession, et ils connaissent les complications et je pense que c'est leur métier post-accouchement de nous parler de ça. » « Pour moi ce serait plus judicieux que ça vienne d'eux. »

Deux patientes exprimaient le souhait que les professionnels de santé passent plus de temps sur le sujet de la sexualité afin de mieux explorer leur difficulté (E4, E9)

E4 : « Un peu plus parler, rester un peu plus sur le sujet (...) ils rentrent pas dans le sujet spécialement, c'est un peu flou »

3.2.6.2 Éléments de satisfaction du parcours de soin

La plupart des femmes ont pu exprimer leur satisfaction d'avoir eu une prise en charge par une sage-femme et certaines plus particulièrement par une sage-femme libérale. (E1, E2, E3, E6, E10, E11, E13)

E3 : « aucun regret d'avoir été suivie par une sage-femme »

E10 : « Je recommande à tout le monde d'avoir une sage-femme »

E13 : « J'ai de la chance d'avoir une sage-femme »

Certaines patientes ont rapporté qu'elles étaient satisfaites d'avoir pu recevoir de l'information et des conseils sur la dyspareunie. (E3, E6, E7, E11)

E6 : « le si peu que j'ai pu en parler, la sage-femme me conseillait, m'a expliqué »

E11 : « on m'a donné les bonnes infos »

D'autres patientes ont exprimé être satisfaite de l'aisance à communiquer avec la sage-femme autour du sujet de la sexualité, rendant l'expression de la dyspareunie plus facile pour certaines (E3, E6, E7, E10, E11, E13)

E3 : « je trouve que c'est plus facile d'en parler »

E10 : « elle sait très très bien nous mettre à l'aise pour parler de notre intimité »

3.3 Analyse qualitative interprétative

3.3.1 Introduction

L'analyse descriptive des entretiens a permis de rendre compte du parcours de soins, du rôle du médecin généraliste dans ce parcours, des déterminants du parcours de soin perçus par les patientes ainsi que de la satisfaction et des attentes des patientes à l'égard de leur prise en charge. Toutefois cette analyse descriptive permet aussi d'identifier des facteurs de positionnement des patientes à l'égard de leur santé, de leur demande de soins, du personnel médical qui ont pu, en partie, affecter leur parcours de soin et leur prise en charge. En prenant en compte ces facteurs et en les combinant, il est possible de construire des profils types de patientes ayant des caractéristiques spécifiques pouvant influencer sur leur parcours de soins.

3.3.2 Élaboration de profils types de patientes

Les profils types des femmes interviewées ont été définis en fonction de trois facteurs pouvant influencer sur leur parcours de soin. Ces trois déterminants ont été identifiés pour chacune des femmes et variaient selon leur présence ou leur absence.

Le premier facteur était l'« autonomie » ou « non autonomie » de la patiente dans le soin. Cette variable était définie par la présence d'au moins trois des cinq caractéristiques suivantes :

- la recherche d'information au sujet de la sexualité dans le post-partum
- la confiance en soi pour faire face à la problématique sexuelle
- la compétence à faire appel au professionnel de santé si le trouble sexuel ne s'améliorait pas

- l'élaboration seule/ avec le partenaire ou la recherche auprès d'un professionnel de santé de solution propre à sa problématique sexuelle
- l'appropriation des solutions proposées

Le deuxième facteur était l'« aisance » ou non à parler de sexualité auprès d'un professionnel de santé. Pour cette variable, certaines femmes, pour qui le sujet de la sexualité appartenait au domaine de l'intime et était parfois considéré comme tabou, réussissaient dans le rapport de soin à exprimer leur plainte ou se jugeaient compétente pour le faire. Elles étaient alors considérées comme ayant l'aisance pour parler de leur trouble sexuel avec le professionnel de santé.

Le troisième facteur était la « confiance » ou non dans le professionnel de santé dans sa prise en charge réelle (si elle a eu lieu) ou supposée (si elle devait avoir lieu) de la dyspareunie. Le verbatim correspondant à chacun des critères a déjà été cité lors de l'analyse qualitative descriptive.

3.3.3 Profil type de patientes et vécu du parcours de soin

Les profils types des patientes ont été définis à partir de la combinaison des trois variables sus-citées et représentées dans la figure 6.

Critères de profil type N° d'entretien	Autonomie (A) / Non autonomie (NA)	Aisance à parler de sexualité (AS) / Non aisance (NAS)	Confiance dans le PDS (C) / Non confiance (NC)
E1	NA	NAS	NC
E2	NA	NAS	C
E3	A	AS	C
E4	A	NAS	C
E5	A	AS	NC
E6	A	AS	C
E7	A	AS	C
E8	A	AS	C
E9	A	NAS	C
E10	A	AS	C
E11	A	AS	C

Critères de profil type N° d'entretien	Autonomie (A) / Non autonomie (NA)	Aisance à parler de sexualité (AS) / Non aisance (NAS)	Confiance dans le PDS (C) / Non confiance (NC)
E12	NA	NAS	C
E13	NA	NAS	C

Tableau 2. Tableau d'élaboration des profils types (PDS : professionnel de santé)

À partir du tableau 2, cinq profils types se sont révélés. Ils ont été mis en relation avec l'évolution de la dyspareunie (amélioration ou persistance), la présence d'une prise en charge thérapeutique et le vécu du parcours de soin (satisfaction ou élément d'insatisfaction). Ces résultats sont rapportés dans le tableau 3.

Profil-type	Numéro d'entretien (Parité)	Évolution de la dyspareunie ou de son appréhension	Prise en charge thérapeutique	Vécu du parcours de soin
Profil 1	E3 (Primi)	Amélioration	Présence	Satisfaction
Autonomie	E6 (Multi)	Amélioration	Présence	Satisfaction
Aisance	E7 (Multi)	Persistance	Présence	Satisfaction
Confiance	E8 (Primi)	Amélioration	Absence	Satisfaction
	E10 (Multi)	Persistance	Absence	Satisfaction
	E11 (Multi)	Amélioration	Présence	Satisfaction
Profil 2	E4 (Primi)	Amélioration	Présence	Insatisfaction : <i>prévention, communication, PEC thérapeutique</i>
Autonomie				
Non aisance	E9 (Multi)	Persistance	Présence	Insatisfaction : <i>prévention, communication, PEC thérapeutique</i>
Confiance				
Profil 3	E5 (Multi)	Amélioration	Présence	Insatisfaction : <i>prévention</i>
Autonomie				
Aisance				
Non confiance				
Profil 4	E2 (Multi)	Amélioration	Absence	Satisfaction
Non autonomie	E12 (Multi)	Amélioration	Présence	Insatisfaction : <i>prévention, communication, PEC de trouble du désir</i>
Non aisance				
Confiance	E13 (Primi)	Persistance	Présence	Satisfaction
Profil 5	E1 (Multi)	Amélioration	Présence	Insatisfaction : <i>communication et PEC thérapeutique</i>
Non autonomie				
Non aisance				
Non confiance				

Tableau 3. Tableau des profils types et du vécu du parcours de soin.

Les résultats obtenus doivent être interprétés avec prudence et considérés comme des hypothèses à confirmer dans des études quantitatives.

Le profil type 1 est associé à une satisfaction systématique dans le parcours de soin qui n'est pas retrouvé dans les autres profils. Ainsi l'autonomie de la patiente dans le soin, son aisance à parler de son trouble sexuel à un professionnel de santé et la confiance qu'elle peut porter dans le professionnel de santé pourraient être des critères associés à un meilleur vécu de la prise en charge de la dyspareunie dans le post-partum, même lorsque cette prise en charge n'a pas été suivie d'une amélioration. Ces six patientes avaient en commun de ne pas exprimer d'inquiétude vis à vis de la dyspareunie soit grâce à leur expérience passée du symptôme soit par l'information reçue pendant la grossesse, ce qui explique, pour deux d'entre elles l'absence de recours à une prise en charge thérapeutique. Elles exprimaient également l'importance du rôle du conjoint dans le post-partum dans la gestion des dyspareunies (adaptation de la sexualité, communication, ...).

Les profils 3 et 5, caractérisés par une non confiance à l'égard des professionnels de santé mais opposés sur les deux autres critères (autonomie et aisance), sont corrélés à une insatisfaction dans le parcours de soin. Le critère de « non confiance » pourrait être un déterminant de la non satisfaction du parcours de soin. La comparaison entre le profil 4 et le profil 5, distincts uniquement sur le plan de la confiance vient renforcer cette hypothèse.

La confiance ne suffit pas toutefois à garantir la satisfaction comme en témoigne le profil 2 où les deux patientes décrivent une insatisfaction globale du parcours de soin. Ces deux patientes ont eu des difficultés à exprimer leur problématique sexuelle (non aisance) ce qui les a menées à devoir trouver des solutions par elles-mêmes et en faire l'expérience sans « guidance médicale », exprimant ainsi une certaine autonomie. Elles rapportent ces faits à leur insatisfaction de la prise en charge. Identifier le niveau d'autonomie de la patiente pour viser son développement pourrait être un des objectifs de la prise en charge des dyspareunies.

Par ailleurs, ces résultats montrent qu'il n'y aurait pas de lien entre le vécu par la patiente du parcours de soin et l'amélioration de la dyspareunie ou la présence d'une prise en charge thérapeutique. Il permet d'observer également que la notion d'autonomie ne semble pas être

en lien avec l'expérience d'une précédente grossesse et l'apprentissage qui pourrait en résulter.

4 Discussion

4.1 Rappel des principaux résultats

L'étude a permis de répondre à l'objectif principal et d'évaluer la prise en charge actuelle des dyspareunies dans le post-partum du point de vue de la prévention, de la démarche diagnostique et de la prise en charge thérapeutique ainsi que différents déterminants du parcours de soin.

La sage-femme était le seul professionnel de santé impliqué aux trois temps du parcours de soin. Le médecin généraliste était généralement absent de la prise en charge de la dyspareunie malgré son implication dans le post-partum et dans le suivi du nourrisson.

La plupart des femmes avaient accès à de l'information au sujet de la reprise des rapports sexuels et des dyspareunies dans le post-partum. Le contenu de cette information était varié : le délai avant la reprise des rapports sexuels, l'adaptation de la sexualité dans le post-partum, l'importance de la communication avec le conjoint, l'existence et l'origine de dyspareunies dans le post-partum, les troubles sexuels associés ainsi que des éléments de prise en charge thérapeutique. Cette information, de source variée, ne provenait pas toujours d'un professionnel de santé. La prise en charge diagnostique n'était pas toujours réalisée et le principal facteur limitant semblait être le défaut de communication sur ce sujet. Quand la prise en charge diagnostique avait lieu, elle débutait par des questions d'ordre général sur la reprise des rapports sexuels puis pouvait s'intéresser plus précisément à la dyspareunie. L'examen clinique n'était pas systématique. Les femmes rapportaient différents éléments de prise en charge médicale thérapeutique, parfois sans faire de lien avec l'amélioration ou la persistance de leur dyspareunie. Il était proposé aux femmes des moyens d'action sur la sphère génitale, des thérapeutiques antalgiques, un soutien informationnel, de la réassurance et une orientation médicale. Outre l'intervention médicale, différents facteurs étaient perçus par les femmes comme améliorant leurs symptômes : le rôle du partenaire, la confiance dans l'évolution positive du symptôme en lien avec l'expérience, l'évolution spontanée.

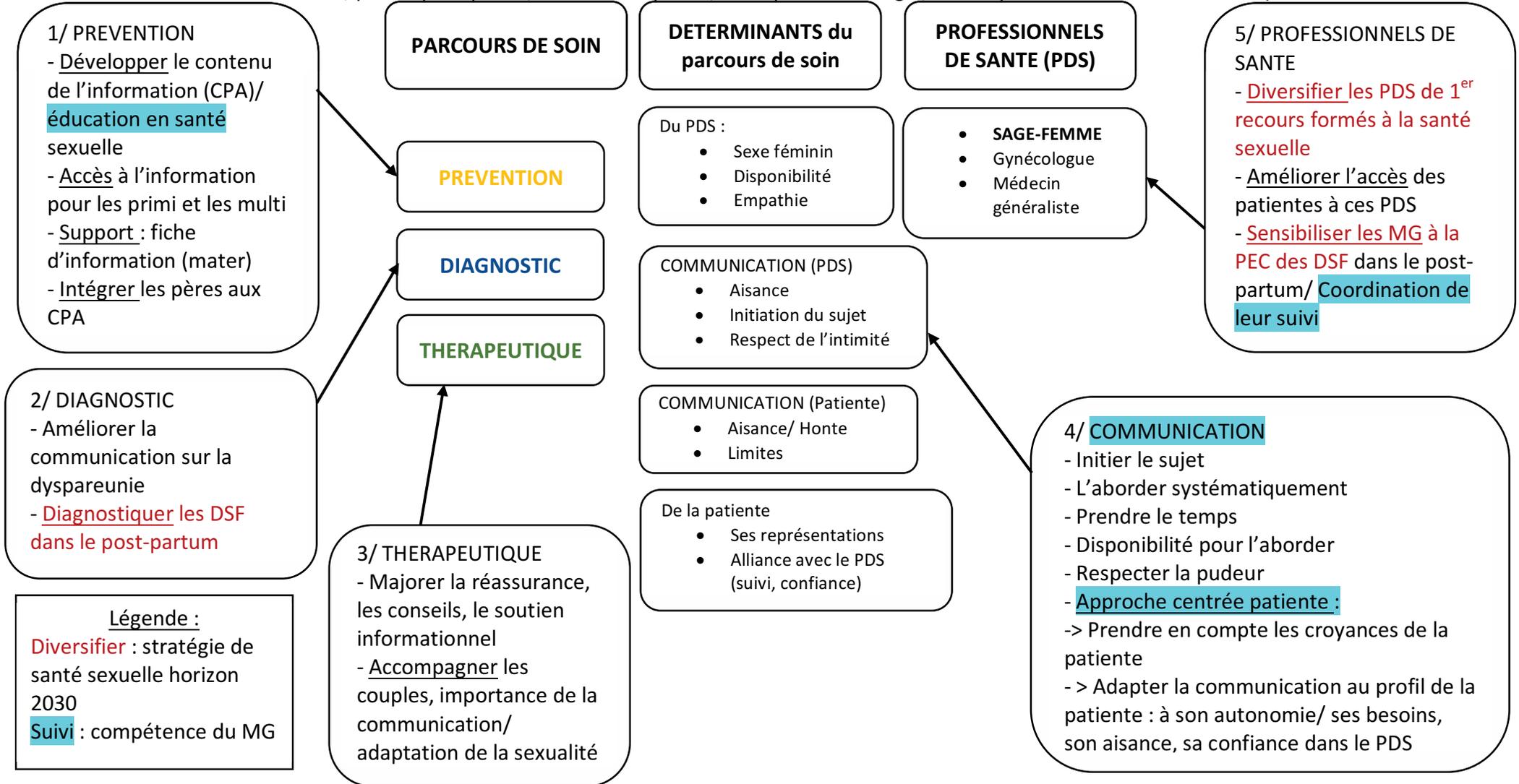
Les déterminants principaux du parcours de soin était la communication au sujet de la dyspareunie de la part des professionnels de santé comme des patientes et l'alliance avec le professionnel de santé. D'ailleurs, dans l'échantillon des patientes interrogées par questionnaire, 62% rapportaient que le sujet des dyspareunies avait été évoqué dans les trois premiers mois du post-partum et 58% des patientes ayant des dyspareunies en avaient parlé à un professionnel de santé.

Trois axes d'amélioration du parcours de soin étaient proposés par les patientes : l'amélioration de la prévention des dyspareunies, l'amélioration de leur prise en charge et l'amélioration de la communication à ce sujet.

L'analyse des résultats a permis de faire l'hypothèse que l'association de l'autonomie de la patiente, de son aisance à communiquer au sujet de la sexualité et de sa confiance dans le professionnel de santé était liée à une plus grande satisfaction du parcours de soin indépendamment de l'évolution de la dyspareunie. La confiance dans le professionnel de santé semblait nécessaire à la satisfaction dans le parcours de soin. L'autonomisation des patientes semblait être un objectif à poursuivre lors de la prise en charge.

L'analyse des résultats a également permis de dégager des propositions d'amélioration du parcours de soin des patientes ayant des dyspareunies dans le post-partum. Le schéma récapitulatif qui suit (schéma 10) reprend les étapes du parcours de soin, ses déterminants principaux, les professionnels de santé participant et les axes d'amélioration. Certains éléments d'amélioration, en lettrage rouge, constituent des objectifs en santé sexuelle encadré par la « stratégie en santé sexuelle à l'horizon 2030 » (3). D'autres axes d'amélioration ont été mis en regard des compétences attendues en médecine générale (42), ils ont été surlignés en bleu. Cela a permis de mettre en perspective la place potentielle du médecin généraliste dans le parcours de soin des patientes ayant des dyspareunies dans le post-partum.

Schéma 10. Parcours de soin, déterminants et axes d'amélioration. (MG : médecin généraliste ; CPA : cours de préparation à l'accouchement ; mater : maternité ; primi : primipares ; multi : multipares ; PEC : prise en charge ; DSF : dysfonction sexuelle féminine)



4.2 Forces et faiblesses de l'étude

4.2.1 Pertinence de la méthode et originalité des résultats

Le choix d'une méthodologie mixte à dominante qualitative était pertinent pour corroborer et explorer les résultats de la méthode quantitative par la méthode qualitative ainsi que pour construire un échantillon représentatif de patientes (31). La dominante qualitative était adaptée au recueil de données subjectives telles que l'expérience vécue, l'opinion, les représentations des patientes (34,41,43). L'utilisation de la méthode qualitative a permis de mettre à jour les déterminants du parcours de soin, l'aspect relationnel des soins et ainsi proposer des améliorations du parcours de soin (41,43). L'utilisation d'entretiens individuels plutôt que de focus groupe permettait de minimiser le biais de désirabilité sociale ou l'effet de groupe et ainsi limiter la production d'un discours socialement valorisant ou influencé par le discours des autres interviewés (44). De plus, le sujet touchant à un thème personnel et intime, l'entretien semblait être l'outil de choix pour recueillir le discours des patientes (41). Le choix de l'entretien semi-directif avec un guide d'entretien structuré était justifié par les multiples dimensions à explorer et les hypothèses de départ formulées après les recherches bibliographiques sur le sujet de l'étude (34).

Les résultats de cette étude sont originaux puisque les recherches bibliographiques n'ont pas permis de trouver d'étude s'intéressant aux dyspareunies du post-partum sous l'angle de leur prise en charge, des attentes des patientes et des déterminants du parcours de soin (41). Par ailleurs, plusieurs études scandinaves, britanniques et australiennes se sont intéressés aux dysfonctions sexuelles dans le post-partum et à leurs prises en charge. La spécificité du système de soin français justifiait de s'y intéresser.

L'évaluation de la qualité de la méthode mixte s'est appuyée sur celle de la méthode qualitative, méthodologie dominante dans l'étude, en référence aux critères COREQ (31,45).

4.2.2 Validité interne

La validité interne a été recherchée par différents moyens. Ainsi la triangulation des données a été effectuée grâce au double codage avec un chercheur en sciences sociales (33,41,43).

Une triangulation méthodologique a également été utilisée avec l'emploi d'une méthodologie mixte (31,41).

Le déroulement séquentiel de l'étude enchaînant le recueil et l'analyse thématique des données a permis de modifier la grille d'entretien au fur et à mesure de l'étude. Ceci a permis de faire de nouvelles hypothèses puis d'aller les vérifier sur le terrain et de limiter un biais d'information lié à la subjectivité de l'enquêteur (34,45,46). De cette façon, un axe de recherche sur le rôle du conjoint dans la prise en charge a été ajouté à la grille d'entretien et les représentations des femmes au sujet de leur symptôme ont été plus spécifiquement recherchées. Ces thèmes avaient été spontanément discutés lors de plusieurs entretiens. Suite à l'enrichissement du support d'entretien ou lorsque des thèmes avaient été omis lors de l'entretien initial, les femmes étaient recontactées pour compléter l'entretien, avec leur accord.

La validité référentielle a été recherchée en confrontant l'analyse et les interprétations produites lors de l'étude, aux données de la littérature (45).

La « méthode par validation » consistant à faire valider le verbatim par les interviewés ainsi que la « triangulation des sources » permettant aux interviewés de vérifier l'analyse produite à partir de leur discours n'ont pas été effectuées (33,41,45). Il ne semblait pas souhaitable de solliciter trop ces femmes qui avaient déjà répondu au questionnaire puis à l'entretien. Par ailleurs, celles qui le souhaitaient ont reçu les résultats de l'étude, une fois finalisée, par mail.

4.2.3 Validité externe

La saturation des données a été obtenue après le onzième entretien, deux entretiens supplémentaires ont permis de le confirmer. Ceci a renforcé la validité externe de l'étude (33,41,45).

La description précise de l'échantillon de femmes interviewées (âge, parité, type d'accouchement, type de traumatisme périnéal, dyspareunie antérieure, allaitement maternel, délai avant la reprise des rapports sexuels) permet de juger de la validité externe et du choix de l'échantillon en variation maximale (41,45). Les critères de nationalité et de niveau d'étude ou de catégorie socio-professionnel auraient pu être ajoutés pour obtenir un échantillon avec une diversité culturelle et sociale.

Par ailleurs, les patientes interviewées ont été sélectionnées parmi un échantillon ayant des critères de représentativité de la population générale. La participation importante des femmes à l'étude, avec près de 83% des femmes ayant renvoyé leur questionnaire, faisait partie des forces de l'étude et montrait l'intérêt des femmes pour ce sujet. De plus l'âge moyen de l'échantillon de répondantes et des primipares ainsi que la parité moyenne étaient proche des données actuelles de la population générale française recensées par l'INSEE. On retrouvait donc un âge moyen dans l'échantillon de 31,2 ans comparé à un âge moyen de la mère à l'accouchement en 2017 de 30,6 ans (47). De même l'âge moyen des primipares dans l'échantillon était de 28,6 ans et de 28,5 ans en 2015 sur la population générale. (48) La parité moyenne dans l'échantillon était de 2 enfants par femme et l'index conjoncturel de fécondité était de 1,93 en 2016 (49). De plus les femmes ayant répondu au questionnaire reprenaient une vie sexuelle en moyenne à 5,7 semaines du post-partum. Ce résultat était proche des données d'une revue de littérature de 2015 qui estimait entre 5 et 8 semaines du post-partum, la durée moyenne avant la reprise de la sexualité. De même la proportion de femmes ayant des dyspareunies à 3 mois du post-partum dans l'échantillon, soit 46%, était proche des données retrouvées dans cette revue de littérature où elle était estimée entre 30 et 62% (33).

4.2.4 Fiabilité ou cohérence interne

La méthodologie a été précisément décrite pour permettre une meilleure reproductibilité de l'étude (45). De plus, un carnet de bord a été tenu tout au long de l'étude afin de retracer le raisonnement poursuivi et les modifications apportées lors de l'avancée de la thématization (32). L'analyse thématique du discours a été décrite précisément dans la méthodologie (41). L'absence de recours à un logiciel d'analyse aurait pu entraîner un biais d'interprétation. Cependant le double codage par moi-même et un chercheur en sciences sociales a tenté de réduire ce biais. De plus le découpage de l'information en séparant les éléments factuels et de signification, et en hiérarchisant les thèmes, a permis de minimiser les interprétations non contrôlées (34).

4.2.5 Biais de sélection

Le biais de sélection principal était l'absence de patiente ayant eu une césarienne dans l'échantillon de femmes interviewées. Le mode d'accouchement faisait partie des critères d'échantillonnage en variation maximale. Pour comprendre d'où venait ce biais de sélection je me suis intéressée à la population source ayant accouché à la maternité de Challans sur l'intervalle. Il y a donc eu, de janvier à juin 2017, 15% de césarienne réalisée contre respectivement 6% et 3% parmi les femmes ayant été recrutées et celles ayant retourné le questionnaire. Ce biais de sélection était certainement un biais de recrutement (46). La distribution du consentement a été réalisé par les sages-femmes pour les femmes ayant accouché par voie basse et par les internes pour les femmes césarisées. J'ai tenté de limiter ce biais en passant régulièrement dans le service de gynécologie et d'obstétrique de Challans pour rappeler l'étude en cours aux internes et aux sages-femmes. Les conclusions de l'étude ne sont donc extrapolables qu'aux patientes ayant accouché par voie basse.

Le choix d'une maternité de niveau 1 pour le recrutement des patientes était un choix délibéré intuitif afin d'avoir plus de femmes ayant des grossesses à bas risque et donc pouvant être suivies par leur médecin généraliste. Cependant, au sein de l'échantillon, une seule femme avait été suivie par un médecin généraliste pendant la grossesse. Cet élément est discordant avec le résultat d'une étude de 2016 où un panel de médecins généralistes des Pays de la Loire interrogés déclarait, pour 82% d'entre eux, assurer des suivis de grossesse. Cette proportion était bien supérieure à celle des médecins français faisant des suivis de grossesse estimé à 57% (50). De plus Challans et sa périphérie n'était pas une zone déficitaire en médecin généraliste selon l'INSEE en 2016 (51). Le choix des critères de variation maximale de l'échantillon aurait pu être enrichi par celui du type de professionnel de santé assurant le suivi de la grossesse et cet item aurait pu être ajouté au questionnaire initial.

Il a été tenté de réduire d'autres biais de sélection. Tout d'abord, un biais d'auto-sélection lié au sujet de l'étude (46). Le sujet de la sexualité pouvant être difficile à aborder pour certaines femmes et comme je souhaitais étudier ce phénomène en tant que déterminant du parcours de soin, l'absence de mention du sujet exact de l'étude dans le consentement écrit a été préférée.

Ensuite, j'ai tenté de limiter le biais de non-répondant (46). Ainsi, les raisons de non-participation à l'étude ont pu être récoltées partiellement aux différentes étapes du protocole

(41). Sauf au moment de la distribution du consentement à la maternité, où je n'ai pas souhaité complexifier le protocole de consentement en demandant aux femmes la raison de leur non-participation à l'étude, cette information a été recherchée aux différentes étapes de l'étude. En effet, j'ai tenté de connaître les raisons de l'absence de réponse au questionnaire. C'est pourquoi toutes les patientes ne l'ayant pas retourné ont été appelées 15 jours après l'envoi. Par ailleurs, celles que j'ai réussi à contacter ont toutes justifié l'absence de réponse par l'oubli du renvoi. Il est toutefois possible que certaines patientes n'aient pas souhaité compléter le questionnaire en raison du sujet traité. Cela pourrait expliquer, parmi les répondantes, la forte proportion de patientes douloureuses ayant sollicité un professionnel de santé pour en parler (58%). Comparativement, dans une étude australienne de 2012, auprès de femmes primipares et multipares, seule 12% des femmes avec une dysfonction sexuelle en avait parlé à un professionnel de santé (52). Dans une étude quantitative française sur 79 femmes, 6% des femmes ayant des dyspareunies avaient consulté un professionnel de santé (53). Enfin je n'ai pu avoir de contact avec six patientes qui avaient accepté l'entretien mais qui n'ont pas répondu à mes appels, malgré les messages vocaux laissés systématiquement sur leur boîte vocale ; finalement ces patientes n'ont pas été relancées compte-tenu de la saturation des données au fil des entretiens.

4.2.6 Biais d'information

Le manque d'expérience dans la réalisation d'entretiens a pu constituer un biais d'investigation. Bien que l'apprentissage méthodologique n'ait été que théorique en amont de l'étude, j'ai pu acquérir dans le passé des compétences communicationnelles par des stages universitaires et l'auto-formation. Cela m'a permis d'adopter une attitude bienveillante et une écoute attentive durant les entretiens. J'ai pu ainsi effectuer des relances pour soutenir et faire préciser le discours de l'interviewé. Grâce à la relecture critique des entretiens, j'ai amélioré ma technique et tenté de susciter le moins d'induction possible dans le discours de l'interviewée (34,41).

Ayant été seule à interviewer les femmes, il est probable que des caractéristiques personnelles (âge, sexe, profession, ...) ait pu influencer sur le discours des patientes (41).

La disponibilité des patientes au moment de l'interview devait être garantie par la programmation par téléphone de l'entretien. Cependant, certains entretiens ont été écourtés ou interrompus par les pleurs ou le réveil de l'enfant influençant le recueil de l'information. C'est au moment de la prise de rendez-vous pour l'entretien que je proposais aux femmes une interview à leur domicile en face à face ou par téléphone, selon leur préférence. Il est possible qu'il y ait eu une perte d'information liée à l'expression non verbale non prise en compte lorsque les entretiens se passaient par téléphone. De plus l'entretien en face à face, produisant une plus grande proximité entre l'enquêteur et l'interviewé, aurait pu favoriser la parole (34). Le choix, par les femmes, de l'entretien par téléphone était peut-être lié au thème intime de l'interview.

4.2.7 Biais méthodologique

Au sein du questionnaire, l'item 6 comparant la sexualité depuis l'accouchement à celle antérieure à la grossesse n'a pas été compris par certaines femmes. Cette question devait permettre d'amener plus de nuance dans le vécu de la douleur par les femmes et de comparer le pré-partum au post-partum. Plusieurs questionnaires contenaient des réponses incohérentes entre les différents items interrogés. L'utilisation de questions issues de questionnaire standardisé tel le FSFI (Female Sexual Function Index) aurait pu éviter ce biais méthodologique et aurait permis une meilleure comparaison des résultats quantitatifs à d'autres études sur la sexualité du post-partum (54). Aucun questionnaire validé n'explorait spécifiquement les dyspareunies dans le post-partum au moment de l'élaboration de l'étude. Depuis un questionnaire court explorant spécifiquement la fréquence et l'intensité des dyspareunies a été développé, le « Carol Scale » (55). Dans le but d'avoir un questionnaire court, je n'ai posé des questions que sur la dyspareunie. Plusieurs femmes ont ajouté des commentaires sur le questionnaire afin de nuancer la notion de douleur, de différencier les douleurs à la reprise des rapports et les douleurs persistantes à 3 mois du post-partum ou de témoigner d'autres dysfonctions sexuelles. Par ailleurs certaines questions auraient pu être clarifiées. La notion de « reprise d'une activité sexuelle » aurait pu être remplacée par « reprise des rapports sexuels pénétrants ». Ce biais a pourtant tenté d'être réduit en testant

le questionnaire sur un échantillon de femmes pour vérifier sa bonne compréhension et en appelant les femmes dont les réponses au questionnaire étaient incohérentes (44).

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des dyspareunies du post-partum

L'absence du médecin généraliste dans la prise en charge des dyspareunies du post-partum est un résultat non attendu de l'étude. Il avait été retrouvé, dans une étude s'intéressant à la visite post natale (VPN), sur un faible échantillon de professionnel de santé (n=76), l'implication faible du médecin généraliste au bénéfice des sages-femmes et des gynécologues (56). Une revue de littérature n'a pas permis de trouver d'estimation de la prise en charge de la VPN par les médecins généralistes en France. Dans la présente étude, le médecin généraliste effectuait différentes consultations dans le post-partum, lui conférant une place privilégiée dans la prise en charge de la santé maternelle. Ces consultations qui aurait pu être l'occasion de parler de la sexualité dans le post-partum, ne l'ont été que pour une patiente. Une étude s'intéressant au post-partum de patientes nullipares en Australie avait retrouvé qu'à 3 mois du post-partum, 23% des patientes avaient été interrogées par leur médecin généraliste sur leur santé sexuelle alors qu'elles étaient 87% à avoir consulté un médecin généraliste sur la période (57).

Les limites à la prise en charge par le médecin généraliste de leur dyspareunie du post-partum évoquées par les femmes interviewées étaient souvent concordantes avec les résultats d'autres recherches. La question de la légitimité du médecin généraliste à prendre en charge les dyspareunies dans le post-partum était un résultat original de l'étude. Il n'était pas cité comme limite dans la littérature scientifique sur le sujet, principalement australienne et scandinave, où le médecin généraliste semblait aussi impliqué dans la santé maternelle que les sages-femmes. Néanmoins, des études s'intéressant à la prise en charge des dysfonctions sexuelles par le médecin généraliste, dont une étude qualitative française, révélait qu'au sujet de leur problématiques sexuelles, les patients préféraient voir un spécialiste que leur médecin généraliste (58,59).

Le sexe masculin constituait une limite à l'expression des problématiques sexuelles dans le post-partum auprès du médecin généraliste. Le sexe du médecin généraliste, opposé à celui du patient venant consulter pour une problématique sexuelle, était l'un des freins à la communication au sujet de la sexualité cité dans plusieurs études (59–61). Dans une étude qualitative récente concernant le diagnostic des douleurs vulvo-vaginales en médecine générale, le sexe masculin du médecin était un frein pour interroger les patientes et leur faire un examen clinique gynécologique (62).

L'alliance et l'aisance à communiquer sur le sujet de la sexualité semblait manquer dans la relation avec le médecin généraliste en comparaison de la relation avec la sage-femme. Le suivi de la grossesse et du post-partum par la sage-femme, la discussion au sujet de la sexualité antérieure (cours de préparation à l'accouchement), l'attitude empathique et bienveillante, la disponibilité et l'aisance à communiquer sur la sexualité dans le respect de l'intimité de la patiente facilitait l'évocation des problématiques sexuelles. Le suivi anténatal et l'aisance à communiquer étaient des déterminants mis à jour dans une précédente étude qualitative, mais du point de vue des sages-femmes interrogées (26). L'empathie et la disponibilité du praticien étaient des attentes décrites par les femmes dans une étude qualitative australienne s'intéressant au suivi du post-partum par les médecins généralistes (63). La discussion au sujet de la sexualité lors des consultations anténatales et la disponibilité annoncée pour reparler de questionnement autour de la sexualité étaient proposés dans d'autres recherches pour faciliter la communication dans le post-partum (23,64). Comme dans la littérature, les femmes expliquaient qu'une des limites dans la communication était l'intérêt des professionnels de santé, et plus spécifiquement du médecin généraliste dans cette étude, porté sur la santé maternelle et sur la santé de l'enfant, négligeant les questions sur la sexualité (65).

Le cadre de la consultation de médecine générale faisait partie des limites perçues par les enquêtées pour aborder le sujet de la sexualité dans le post-partum. Ces limites étaient connues mais généralement citées par les professionnels de santé et non par les patientes. Plus précisément les nombreux sujets à aborder lors de la consultation de médecine générale était évoqués. La présence de sujet plus prioritaire dans la consultation du post-partum et plus précisément pendant la VPN était également discuté dans une étude qualitative interrogeant des sages-femmes (26). De même, le manque de temps du médecin généraliste lors de la consultation était cité par les femmes comme facteur limitant. Comme dans de nombreuses études s'intéressant à la prise en charge des dysfonctions sexuelles dans le post-partum, cette

limite était exprimée par les professionnels de santé (23,24,26,56). Dans une étude qualitative, les femmes australiennes interrogées critiquaient le manque de temps de la consultation de médecine générale pour aborder des sujets plus sensibles dans le post-partum. Elle notait que la consultation de médecine générale devait souvent se limiter à un motif de consultation ce qui était un frein à l'expression de leur problématique sexuelle (63). C'était aussi un frein à la communication souvent cité dans la littérature par les médecins généralistes pour justifier les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en consultation (61,66). D'autres limites étaient d'ailleurs évoquées par les professionnels de santé et plus spécifiquement par les médecins généralistes, dans différentes recherches : le manque de connaissance, le manque d'entraînement à aborder le sujet, l'absence de formation dans le domaine et l'embarras (23,26,56,61,62,66). Ces nombreux freins du médecin généraliste sont à mettre en perspective avec les limites des patientes à communiquer sur le sujet et donc à être prise en charge ainsi que leurs attentes vis à vis du professionnel de santé.

L'intérêt de cette étude était aussi la mise en évidence de nombreux freins à l'expression de la dyspareunie du post-partum chez la femme. La honte et le tabou autour du sujet de la sexualité avaient déjà été distingués comme des limites à l'expression d'une dysfonction sexuelle dans le post-partum dans une autre étude qualitative. De même l'impression de normalité du trouble sexuel dans le post-partum et la croyance dans son évolution positive étaient retrouvées. Cette croyance était sous tendue par l'absence d'exploration de ces troubles par un professionnel de santé dans le post-partum (67). Ici, le sentiment de connaître le symptôme, son évolution ou de ne pas avoir de préoccupation à ce sujet n'était ni associé systématiquement à l'autonomie de la patiente dans le soin, ni à sa satisfaction de la prise en charge.

Un frein décrit dans une étude qualitative par les femmes, lors de leur consultation avec le médecin généraliste dans le post-partum, mais non retrouvé dans cette étude, était la présence de l'enfant lors de la consultation (63).

Trois autres freins n'étaient pas retrouvés dans la littérature. Tout d'abord le sentiment d'incompétence de la patiente face au symptôme, le sentiment que le trouble sexuel serait un signe de non performance sexuelle peu valorisant et le sentiment que le trouble sexuel serait du domaine de l'intime et donc non médical. Ce dernier sentiment évoqué par quatre patientes a pu être renforcé par l'absence d'exploration de la sexualité dans le post-partum

par le professionnel de santé pour trois d'entre elles. Il serait donc important d'ouvrir la discussion sur le sujet de la sexualité dans le post-partum en consultation, de s'intéresser aux croyances des femmes afin de s'adapter à leurs besoins et d'évaluer leur autonomie afin de la favoriser dans le parcours de soin.

Dans cette étude, l'attente principale des femmes quant à la prise en charge thérapeutique de leur dyspareunie était la réassurance et l'obtention de conseil sur la reprise des rapports sexuels. La réassurance au sujet de la normalité des troubles sexuels précoces du post-partum et plus spécifiquement des dyspareunies était retrouvée dans la littérature comme une attente de la part des femmes dans leur post-partum (27,65) mais également comme un axe nécessaire de la prise en charge post-natale discuté dans plusieurs études (9,23,26,63,68). En effet cette réassurance au sujet de la dyspareunie peut s'appuyer sur l'observation scientifique d'une amélioration spontanée de la dyspareunie dans le post-partum pour une majorité de femme (10,12,24). Pour autant la dyspareunie persistante n'est pas une problématique négligeable puisque à 18 mois du post-partum, une étude portant sur 1236 primipares retrouvait 23% de femmes avec ce type de trouble (15). Par ailleurs, la réassurance ne se résume pas à la normalisation du vécu de la patiente sans s'acquitter d'une écoute attentive de sa problématique sexuelle. L'E5 montre cette complexité, la femme interviewée exprimant qu'elle ne s'était pas sentie entendue dans sa plainte douloureuse et angoissée par sa persistance, le professionnel de santé avait répondu à l'expression de sa plainte : « ça va passer ». C'est pour toutes ces raisons que le médecin généraliste, dans son rôle de professionnel de santé de premier recours, a toute sa place dans la prise en charge des dyspareunies du post-partum par le biais de la réassurance et de l'information sur le changement normal de la sexualité dans le post-partum mais aussi par l'orientation et la coordination des soins en cas de persistance du symptôme (23,42). Proposer une consultation spécifique en médecine générale dans les douze premiers mois du post-partum était évoqué par les femmes dans une étude qualitative afin d'avoir le temps et l'espace pour discuter de sujets plus intimes comme la sexualité (63). Par ailleurs, l'absence de recommandation sur la prise en charge des dyspareunies du post-partum peut limiter l'intervention du médecin généraliste (8,20,65). Il pourrait être intéressant de développer un support d'information à l'attention des médecins généralistes à ce sujet. Dans de nombreuses études, un des axes d'amélioration pour la prise en charge des dysfonctions sexuelles, proposé entre autres par

les médecins généralistes, serait d'améliorer la formation sur le sujet (23,26,60,61,66). L'inclusion d'une formation en sexologie dans la formation initiale des médecins ou par le biais de la formation continue fait partie des objectifs de la stratégie nationale en santé sexuelle à l'horizon 2030 (3).

4.3.2 Initiation de la communication sur la dyspareunie du post-partum par le professionnel de santé

La communication était un enjeu majeur de la prise en charge de la dyspareunie du post-partum. Dans notre étude, 58% des femmes avec des dyspareunies en avait parlé à un professionnel de santé. En comparaison, l'étude de Barrett et al en 2000 auprès de 796 primipares retrouvait que seulement 15 % des femmes avec une dysfonction sexuelle en parlaient à un professionnel de santé (14). Plusieurs études, anciennes et plus récentes, faisaient le constat qu'une minorité de femmes primipares ou multipares demandaient de l'aide à un professionnel de santé dans le post-partum pour leur dysfonction sexuelle (16,52,56,57). On peut supposer que le thème de la recherche, annoncé au moment de la réception du questionnaire, a favorisé la sélection de femmes plus à l'aise avec le sujet de la sexualité. Les nombreux freins à la communication des femmes, discutés dans la partie précédente, démontraient une certaine réticence, retrouvée dans plusieurs études, pour initier le sujet de la sexualité et ses troubles avec un professionnel de santé dans le post-partum (14,19,23,63,65,67). De plus la mise à jour d'une caractéristique de « non-aisance » chez certaines femmes de l'étude ne leur ayant pas permis d'exprimer leurs difficultés sexuelles mais plus encore d'être satisfaites de leur prise en charge, était un argument supplémentaire pour discuter l'initiation de la communication par le professionnel de santé. Ainsi, 62% des patientes rapportaient qu'un professionnel de santé avait abordé les dyspareunies du post-partum avec elles. Dans une étude datant de 2003 (parue en 2015) sur 1431 primipares à 3 mois du post-partum, 24% avait été interrogées sur des problématiques sexuelles par leur médecin généraliste et 14% par leur sage-femme. Il était montré statistiquement que la discussion au sujet des troubles sexuels du post-partum était 4 fois plus fréquente lorsque le sujet de la sexualité était initié par le médecin généraliste et 12 fois plus fréquente lorsqu'il était initié par la sage-femme (57). La réticence du professionnel de santé

à initier le sujet de la sexualité a été montré dans plusieurs études qualitative du point de vue des sages-femmes et des médecins généralistes (26,62). Pourtant l'initiation du sujet de la sexualité dans le post-partum se justifie par les réticences des patientes à le faire, par l'importance des troubles sexuels dans le post-partum estimé entre 22 et 65% (9), ainsi que par les préoccupations des patientes à ce sujet. Ainsi à 4 mois du post-partum, dans une étude auprès de couple ayant eu leur premier enfant, parmi les 131 questionnaires retournés, 89% des femmes et 83% des hommes avaient au moins une préoccupation au sujet de la sexualité (24). Une étude américaine interrogeant 239 couples, parents pour la première fois, trouvait que 90% des jeunes parents rencontraient plus de dix préoccupations sexuelles sur les douze premiers mois du post-partum (69). Dans la présente étude, l'importance des troubles sexuels du post-partum était illustré par les 46% de patientes qui déclaraient avoir eu des dyspareunies dans les trois premiers mois du post-partum.

L'initiation de la communication était dans cette étude un déterminant du parcours de soin et également une attente des femmes vis à vis de la prise en charge par les professionnels de santé.

En prévention des dyspareunies du post-partum, les sages-femmes étaient les seules à apporter de l'information sur la reprise des rapports sexuels ou sur les dyspareunies. L'initiation de ces sujets avait été réalisée dans notre étude par trois patientes tandis que le sujet avait été initié par une sage-femme auprès de huit patientes. Six patientes, nullipares et multipares, n'avaient pas eu accès à une information au sujet des dyspareunies du post-partum par un professionnel de santé en prénatale. Dans l'étude de Barret et al. parue en 2000, 18% des patientes disaient avoir été informées de l'existence de dysfonctions sexuelles dans le post-partum (14). Comme dans notre étude, une des attentes des patientes, retrouvée dans la littérature, était d'être mieux informée en prénatal sur la sexualité du post-partum (27,65,67,70). Une étude américaine de 2016 portant sur un petit échantillon de patientes (n=77) avait montré que le sujet de la sexualité dans le post-partum était l'un des deux thèmes où il existait le plus d'écart entre l'attente d'information des patientes et l'information délivrée par les professionnels de santé (71). Dans la présente étude, les sujets que les femmes auraient souhaité voir développer en prénatal étaient l'existence de dyspareunie et de trouble du désir dans le post-partum, l'information au sujet de la reprise des rapports sexuels, l'adaptation de la sexualité dans le post-partum. Plusieurs études ont discuté l'importance

que les professionnels de santé informent en prénatal des changements de la sexualité dans le post-partum (16,23,24,26,72) mais peu se sont intéressés aux sujets que les femmes souhaiteraient voir développer. Une étude quantitative menée en 2003 s'est intéressée aux sujets d'intérêt des couples dans le post-partum en leur proposant une liste d'item ayant émergé lors de focus group. Les items préoccupant le plus les femmes à 4 mois du post-partum était le délai avant la reprise des rapports sexuels, la contraception, l'impact de l'accouchement sur les rapports sexuels et les éléments impactant sur le désir sexuel (24). Lors du post-partum dans la présente étude, 6 femmes avaient été interrogées sur la dyspareunie du post-partum et 3 avait initié le sujet en consultation. La sage-femme était toujours le principal interlocuteur des femmes dans le post-partum. Une étude sur 76 professionnel de santé en France, montrait que les sages-femmes étaient 95% à aborder la sexualité dans le post-partum, ce qui était supérieur aux autres professionnels de santé. La raison supposée était qu'elles étaient mieux formées que les autres professionnels de santé sur la sexualité du post-partum et qu'elles avaient une plus grande proximité avec les femmes, lié au suivi effectué pendant la grossesse (56). Cet élément était également un déterminant du parcours de soin retrouvé dans la présente étude.

Dans cette étude, le moment où la dyspareunie du post-partum était évoquée était les cours de préparation à l'accouchement en prénatal et dans le postpartum la visite post-natale, les séances de rééducation périnéale et la consultation pour la pose ou le contrôle du moyen de contraception. Le moment propice pour initier le sujet de la sexualité dans le post-partum était discuté dans la littérature. La visite post-natale était selon certains professionnels de santé, le bon moment dans le post-partum pour initier la communication sur le sujet (23,26,73). Dans l'étude portant sur 76 professionnels de santé en France, un quart jugeaient trop précoce la VPN pour parler de sexualité (56). Dans une étude qualitative, il était montré que toutes les femmes n'avaient pas repris une activité sexuelle à six semaines du post-partum, la VPN était donc trop précoce. Il était proposé qu'une seconde consultation systématique à 4 mois du post-partum soit organisée afin que les troubles sexuels des femmes soient discutés plus systématiquement dans le post-partum (65). Des sages-femmes, dans une étude qualitative, proposaient comme ici la rééducation périnéale et les consultations traitant de la contraception comme des moments propices pour initier le sujet de la sexualité dans le

post-partum. Elles pensaient également que l'examen gynécologique du post-partum était un moment permettant d'aborder la reprise des rapports sexuels (26).

Pour amorcer la discussion sur les dyspareunies du post-partum et plus généralement sur la sexualité du post-partum, plusieurs pistes étaient proposées dans la littérature.

Comme dans notre étude, la discussion au sujet de la sexualité en prénatale était un déterminant positif de la communication dans le post-partum (23,68,72). Ainsi, la femme de l'E3 exprimait qu'avoir parlé de la sexualité du post-partum et de ses troubles pendant les cours de préparation à l'accouchement, lui avait permis de se sentir plus libre pour initier le sujet dans le post-partum. Par ailleurs la patiente de l'E2 expliquait que l'annonce de la disponibilité du professionnel de santé en prénatal pour reparler de problématiques sexuelles pouvait aider à aborder le sujet dans le post-partum. Ces constats étaient partagés et discutés dans une étude qualitative menée en 1999 s'intéressant au vécu de la sexualité des hommes dans le post-partum. Les auteurs proposaient un abord des questions en lien avec la sexualité de façon plus systématique en prénatale, dans les cours de préparation à l'accouchement et pendant les consultations, en présence du père si possible, afin de faciliter la communication sur le sujet auprès d'un professionnel de santé dans le post-partum (72).

Une piste évoquée dans les déterminants du parcours de soins par la femme de l'E10 était qu'elle préférait l'initiation de la discussion sur la sexualité par l'abord de l'intimité émotionnelle. Cet axe de discussion faisait partie de différents sujets évoqués dans la littérature pouvant favoriser l'initiation du sujet de la sexualité pendant la consultation du post-partum. Ainsi, plus largement, les sujets des changements physiques, de l'intimité émotionnelle, de la transition à la parentalité dans le post-partum étaient des sujets évoqués dans la littérature (23,26,65). Des exemples de questions à poser dans le post-partum explorant ces différents champs était proposés dans un article sur le rôle du périnato-sexologue dans les équipes pluridisciplinaire périnatale canadienne. Un des exemples illustre ce propos : « Plusieurs parents ont des inquiétudes ou des considérations d'ordre sexuel. Dans votre expérience, quels sont les changements sexuels vécus qui vous inquiètent ? » (23). De même la fiche de l'INPES intitulée « couple, sexualité et contraception » à l'attention des professionnels de santé propose des axes d'intervention dans le post-partum afin d'aborder les changements de la sexualité, les dyspareunies, les troubles du désir sexuel avec des

exemples de question. Les professionnels de santé sont encouragés à « oser aborder la question de la sexualité » (73). Par ailleurs, il existe un modèle général appelé PLISSIT aidant à aborder des questions de santé sexuelle en consultation par étapes. Il consiste en quatre étapes : la permission qui permet d'ouvrir le sujet, l'information limitée permettant de partager des faits simples et de corriger les croyances, les suggestions spécifiques amenant de l'information spécifique en fonction de la situation et la thérapie intensive réalisée par le sexologue ou le spécialiste en santé sexuelle (74). Ce modèle est intéressant à prendre en compte car il introduit l'idée d'initier le sujet de la sexualité après avoir demandé la permission à la patiente. Cela pourrait être une précaution pertinente pour certaines femmes qui, comme dans la présente étude, considèrent les problématiques sexuelles comme intime et non médicale, tout en ayant malgré tout amorcé le sujet.

Une autre proposition faite dans la littérature était de proposer une brochure ou un document d'information en consultation dans le post-partum afin d'amener de l'information sur les changements de la sexualité dans le post-partum et de faciliter la communication ultérieure (65). La patiente de l'E4 proposait ainsi de donner de l'information à la sortie de la maternité sur les changements de la sexualité dans le post-partum et les douleurs comme cela était fait au sujet de l'enfant. On pourrait en effet imaginer un document d'information donné à ce sujet à la sortie de la maternité.

4.3.3 Le couple dans la prise en charge des dyspareunies du post-partum

Cette étude a mis en évidence l'importance du rôle du père dans la perception de l'évolution positive des dyspareunies du post-partum par la mère. Les femmes ont exprimé le lien inextricable entre la sexualité et le couple dans le post-partum. Un résultat original de l'étude était que certains couples mettaient en place une adaptation de la sexualité dans le post-partum en lien avec la dyspareunie de la femme. En effet, plusieurs femmes ont expliqué que l'adaptation pouvait concerner la fréquence des rapports sexuels avec une reprise progressive et en douceur des rapports. Certaines femmes interviewées ont exprimé que l'adaptation avait porté sur la majoration des préliminaires ou une sexualité progressivement pénétrante. L'adaptation concernait indifféremment les primipares et les multipares et pouvait avoir fait

l'objet de conseil en prénatal pendant les cours de préparation à l'accouchement. Pour d'autres femmes, l'expérience était un facteur permettant l'adaptation de la sexualité du couple. Cette adaptation par le couple faisait partie des critères d'autonomie car cela démontrait une prise d'initiative du couple pour faire face à la dyspareunie du post-partum. L'adaptation de la sexualité dans le post-partum était décrite dans la littérature comme un axe d'intervention auprès des couples mais peu par les couples eux-mêmes (23).

D'autres facteurs d'amélioration des dyspareunies perçus par les femmes primipares comme multipares concernaient le couple. L'attitude positive du conjoint, attentif et compréhensif vis à vis des douleurs de la femme était un facteur impactant positivement. Cet élément était retrouvé dans deux études qualitatives s'intéressant aux ressentis des hommes dans le post-partum. Ils expliquaient ainsi qu'ils soutenaient et prenaient en compte les difficultés des femmes lors de la reprise des rapports sexuels (75,76). On retrouve également dans la littérature l'impact positif, sur la satisfaction sexuelle, du soutien du conjoint face au trouble sexuel de sa partenaire (77). De même, le rôle de la communication au sujet de la sexualité et des douleurs ou de l'appréhension d'en avoir était un facteur important pour les femmes de cette étude. Le même constat était fait par les hommes dans les enquêtes qualitatives où était souligné l'importance d'en parler, même avant la reprise des rapports sexuels (75,76). La communication autour des désirs et des besoins sexuels entre les conjoints était décrite dans plusieurs études comme améliorant la santé sexuelle du post-partum (8,24,27,78). A l'opposé de ces expériences positives de communication au sein du couple, la patiente de l'E13 rapportait une expérience difficile de la reprise de la sexualité dans le post-partum marquée par des douleurs et une impossibilité de pénétration sexuelle. Elle expliquait l'absence et le manque de communication au sujet de ses douleurs et de l'appréhension des rapports sexuels avec son conjoint. Ce type d'expérience difficile où la qualité de la communication avec le conjoint se détériore en lien avec des troubles de la sexualité dans le post-partum était rapportée par des femmes comme par des hommes dans des études qualitatives. L'évitement de la communication au sujet de la sexualité semblait alors avoir pour but de surseoir à aborder un sujet devenant délicat et d'éviter le conflit avec le ou la partenaire (27,65,75).

La dysfonction sexuelle du post-partum pouvait avoir un impact négatif sur la qualité de la communication dans la présente étude. Selon la littérature, les troubles sexuels pouvaient être également associées avec des dysfonctions relationnelles au sein du couple (77).

Plusieurs études sur le vécu du post-partum par les hommes et les femmes ont montré que les troubles sexuels du post-partum pouvait avoir un impact négatif sur la satisfaction relationnel chez certains couples (8,23,52,79). Certaines femmes l'expliquaient par le lien inextricable entre l'intimité émotionnelle et physique (79). Une étude sur 1003 primipares montrait une diminution importante de la satisfaction émotionnelle dans la relation parallèle à une diminution du plaisir sexuel dans les 3 premiers mois du post-partum (65). Cette vulnérabilité de la relation de couple et de l'intimité était renforcée par la transition à la parentalité particulièrement pour les couples ayant un premier enfant selon différentes études (9,23,28). Le nouveau rôle psycho sexuel de mère ou de père pouvait affecter la sexualité (9,78,79). Dans le mémoire de sexologie « Représentations des femmes de l'origine de leurs dyspareunies et des conditions de reprise des rapports sexuels » issu de cette recherche qualitative, l'impact sur la sexualité de la transition à la parentalité était plusieurs fois évoqué par les femmes. L'impact pouvait être positif, car la préoccupation des femmes de l'E7 et l'E8 était de maintenir leur rôle psycho sexuel de femme-amante et de mère. Au contraire, l'impact pouvait être négatif car le focus était mis sur l'enfant et donc sur le rôle de mère, le rôle de femme-amante était moins ou non prioritaire pour les femmes de l'E9 et de l'E13. Il était intéressant de constater que, d'une part, les femmes multipares pouvaient connaître une répercussion positive ou négative sur leur sexualité du rôle psycho-sexuel et, d'autre part, que cela ne concernait pas que les patientes primipares.

Les femmes de cette étude avaient des attentes vis à vis de la place de leur conjoint dans la prise en charge. L'une des attentes exprimées était de faire participer les conjoints à plus de cours de préparation à l'accouchement. L'originalité de ce résultat tient dans le fait qu'il ait été exprimé par une femme primipare mais aussi par une femme multipare. Une étude suédoise montrait que 84% des femmes primipares venaient aux cours de préparation à l'accouchement avec leur conjoint et que seul 11% des multipares venaient accompagnées (76). Le souhait d'information au sujet de la sexualité et ses changements dans le post-partum auprès des conjoints était exprimé par les femmes de cette étude et par les hommes dans trois études qualitatives s'intéressant à leur vécu de la sexualité dans le post-partum (72,75,76). Dans la présente étude, le souhait que le conjoint reçoive la même information que la femme était justifié par le sujet délicat de la sexualité et le manque d'aisance des protagonistes du couple à l'aborder ensemble ainsi que par l'importance d'une source

d'information extérieure au couple. L'information donnée aux deux acteurs du couple permettait d'éviter les incompréhensions dans le post-partum et d'anticiper le changement de la sexualité selon plusieurs études (9,72,75). Dans une revue de littérature, 30% des couples déclaraient souhaiter être mieux informés sur la sexualité du post-partum (28). Les femmes comme les hommes exprimaient dans différentes études qualitatives le manque d'information et la préparation insuffisante aux changements dans le post-partum par les professionnels de santé. Ainsi des attentes communes au couple étaient retrouvées dans la littérature : le souhait d'assister aux consultations post natales en couple, que les hommes puissent recevoir de l'information ou poser des questions à propos de la sexualité dans le post-partum, le souhait d'avoir accès à de l'information au sujet des changements de la relation de couple dans le post-partum et l'implication de la transition à la parentalité (9,65,75,76,79,80).

Dans la présente étude, l'intervention principale concernant le couple était réalisée pendant les cours de préparation à l'accouchement. En effet des patientes primipares rapportaient avoir été informées sur le changement de la sexualité dans le post-partum et l'importance de la communication avec le conjoint. Deux patientes primipares avaient assisté à ces cours avec leur conjoint. L'adaptation de la sexualité dans le post-partum avait été évoquée en cours de préparation à l'accouchement auprès de femmes primipares et multipares. Pour certaines femmes, la notion d'adaptation de la sexualité dans le post-partum venait de leur expérience. Les cours de préparation à l'accouchement étaient un moment propice à l'information autour de la sexualité du post-partum, certaines femmes n'avaient pourtant pas eu accès à ces informations dans cette étude. La période prénatale pourrait être une période propice à l'intervention d'un périnato-sexologue ou une sage-femme formée afin d'aborder divers thèmes auprès des couples tels que : « l'impact de la grossesse et de l'accouchement sur la relation conjugale, l'importance de la communication avec le partenaire, l'importance de l'intimité du couple, l'influence des facteurs psychologiques sur la sexualité, l'importance des rôles psycho-sexuels dans le post-partum » (23).

D'autres interventions auprès du couple pourraient être imaginées. Dans cette étude, les femmes ayant des dyspareunies n'ont pas eu accès à un soutien informationnel dans le post-partum concernant l'adaptation de la sexualité. Elles ont par contre reçu des conseils d'utilisation du lubrifiant ou de massage de la cicatrice périnéale. Dans une étude qualitative, des sages-femmes proposaient ainsi aux femmes qui souhaitaient avoir des rapports sexuels

et qui avaient des dyspareunies, d'utiliser un lubrifiant, d'adapter leur sexualité en utilisant le sexe oral ou les massages ou d'attendre que leur désir sexuel revienne (26). Le massage périnéale et la ré-exploration progressive du vagin par la femme étaient conseillés par les périnato-sexologues dans une étude canadienne (23). Plusieurs articles dans la littérature proposaient de conseiller aux couples d'adapter les positions sexuelles en favorisant celles où la femme pouvait contrôler la profondeur de la pénétration ou de favoriser la sexualité non pénétrante (12,23,26,28). Les conseils d'adaptation de la sexualité dans le post-partum étaient parfois mis en place par les couples face au symptôme de la dyspareunie dans l'étude. Le professionnel de santé pourrait adapter la prise en charge à l'autonomie du couple et renforcer positivement ce type d'initiative.

En dehors des conseils et de l'information donnée, les femmes de l'étude expliquaient souhaiter plus de réassurance face à leur symptôme sexuel. Cette demande de réassurance dans le vécu sexuel du couple dans le post-partum était également retrouvé chez les hommes qui exprimaient leur inquiétude de « faire mal » à leur compagne (76). Prévenir et rassurer les couples par rapport aux dyspareunies du post-partum faisaient partie des axes d'intervention du périnato-sexologue et plus globalement des professionnels de santé intervenant dans le post-partum (23). En parallèle des attentes sus-citées par les couples, le souhait d'être rassuré au sujet de la transition à la parentalité et des changements transitoires de la sexualité du post-partum était exprimé (9,76).

Aborder et évaluer la sexualité mais également la relation conjugale et la parentalité dans le post-partum étaient des interventions encouragées auprès des professionnels de santé. L'objectif de cette prise en charge holistique était la promotion de la santé sexuelle et du bien-être des couples (9,23,73). Ainsi, l'INPES dans son document traitant de la contraception, du couple et de la sexualité dans le post-partum, proposait une intervention pour évaluer la situation relationnelle conjugale et la sexualité. Il proposait une orientation auprès d'autres professionnels tels un conseiller conjugal, un psychologue, un sexologue ou une sage-femme en fonction de la problématique de couple (73).

Une consultation de couple à quatre mois du post-partum était proposée dans plusieurs études afin de questionner la sexualité (65,80). Cela semble se justifier dans la littérature en raison de la reprise des rapports sexuels pour la majorité des couples, de la prise de distance vis à vis de leur relation conjugale et des préoccupations communes qui semblent animer les couples à ce moment du post-partum (24,65,69,80). Ainsi l'étude de Pastore et al avait mis en

évidence des préoccupations communes au quatrième mois du post-partum chez des nouveaux parents : la reprise des rapports sexuels, la contraception, la récupération physique suite à l'accouchement et l'allaitement. La moitié d'entre eux avaient entre 2 et 8 préoccupations. Certaines préoccupations persistaient à 12 mois du post-partum (24). Dans une étude qualitative auprès de dix couples français venant d'avoir leur premier enfant, la proposition d'une consultation en couple au quatrième mois du post-partum avait été bien accueillie. Certains parents nuançaient tout de même la proposition en fonction des difficultés potentielles et persistantes rencontrées. Il avait été observé dans cette étude des effets positifs de la narrativité conjugale dans l'interaction entre les deux protagonistes, puisque les entretiens étaient menés en couple (80). Encourager la communication dans le couple, au sujet des besoins, des désirs, des préoccupations sexuelles de chacun, pourrait être un autre axe d'intervention auprès du couple (69,78).

4.4 Implications pratiques et perspectives

Cette étude montre l'importance d'informer et de sensibiliser les femmes et les couples aux dyspareunies du post-partum et plus globalement aux dysfonctions sexuelles du post-partum et leur impact sur la relation de couple. Ces informations pourraient être données de façon plus systématique au moment des cours de préparation à l'accouchement et pourrait faire l'objet d'un support d'information papier ou internet à l'attention des couples. La sexualité doit être abordée par les professionnels de santé lors des consultations du post-partum afin de soutenir au mieux les patientes et les couples. La proposition d'une consultation dédiée plus tard dans le post-partum permettrait au professionnel de santé d'aborder ce sujet avec plus de disponibilité et d'explorer la relation de couple. Intégrer les caractéristiques du profil de la patiente afin d'élaborer une stratégie de prise en charge de leur dyspareunie semble également être une perspective intéressante.

Mieux informer et mieux prendre en charge les patientes ayant des dyspareunies du post-partum passe par l'amélioration de la formation des professionnels de santé. Autant au sein de la formation initiale des étudiants en médecine que pour la formation continue, un apport de connaissance en sexologie serait souhaitable.

Par ailleurs, favoriser la recherche en sexologie fait partie des objectifs de la stratégie nationale de santé sexuelle. Le développement de la recherche en médecine générale constitue également une opportunité de s'intéresser à la prise en charge sexologique en soin primaire. Il pourrait donc être intéressant de développer la recherche en France sur les sujets touchant à la sexualité du post-partum, à l'image des études anglo-saxonnes et scandinaves nombreuses. Mieux connaître les préoccupations et troubles sexuels ainsi que les attentes des femmes françaises quant à leur prise en charge pourrait être des axes de recherches à poursuivre. Un intérêt plus spécifique pourrait être porté sur les facteurs de satisfaction du parcours de soin chez les patientes ayant des dyspareunies dans le post-partum afin d'améliorer la qualité des soins actuels. Travailler sur des recommandations quant à la prise en charge de ce type de trouble sexuel dans le post-partum pourrait aider les professionnels de santé de premier recours à les prendre en charge. De même investiguer des sujets comme la place du père, ses attentes et ses préoccupations dans le parcours de la grossesse et du post-partum pourrait être intéressant. Enfin, travailler sur l'impact de la relation de couple sur la dyspareunie du post-partum permettrait de penser l'intervention auprès du couple par les professionnels de santé et ainsi mieux accompagner et soutenir la santé sexuelle dans le post-partum.

5 Conclusion

Cette étude a donné une vision du contenu de la prise en charge actuelle des dyspareunies du post-partum chez les femmes ayant accouché par voie basse. Cette prise en charge était principalement réalisée par les sages-femmes. La prévention, la prise en charge diagnostique et thérapeutique étaient effectuées mais pas de manière systématique. Plusieurs freins à la prise en charge ont été révélés dans cette étude tant du point de vue des patientes que des professionnels de santé. Le frein principal était communicationnel. Le médecin généraliste était absent de la prise en charge, de nombreuses limites ont été mises à jour. Pourtant, en tant que praticien de premier recours, compte tenu de ses compétences attendues et des attentes d'information et de réassurance des femmes, il pourrait être un acteur important de la prise en charge. L'initiation de la communication était un frein majeur au diagnostic de la dyspareunie et nécessite une intervention active du professionnel de santé en développant

différentes stratégies pour aborder la sexualité des femmes tout en respectant leurs limites et leurs représentations. Certains couples, avec ou sans expérience parentale, adaptait leur sexualité au symptôme douloureux. Le couple était important à prendre en compte dans la prise en charge de la dyspareunie, en questionnant l'impact du symptôme sur son fonctionnement, en adaptant la prise en charge à l'autonomie du couple, en apportant de l'information et des conseils en fonction des difficultés rencontrées, en favorisant la communication entre eux, en laissant une plus grande place au père dans la prise en charge.

Pour développer une meilleure prise en charge des dyspareunies du post-partum, il semble nécessaire qu'une formation en sexologie soit dispensée à tous les professionnels de santé jouant un rôle dans la santé maternelle. D'autres études pourraient approfondir ce travail en définissant plus précisément la prise en charge de la dyspareunie dans le post-partum et les attentes des femmes et des couples afin d'améliorer leur parcours de soin.

6 Bibliographie

1. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Communication brève relative à la sexualité : recommandations pour une approche de santé publique. WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2016.
3. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017 - 2030 [Internet]. Paris; 2017 mars [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
4. INPES - Information sexuelle [Internet]. [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
5. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
6. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, éditeurs. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris: Découverte; 2008. 609 p.
7. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
8. O'Malley D, Higgins A, Smith V. Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *J Adv Nurs*. oct 2015;71(10):2247-57.
9. de Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatalité - Part 2. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. oct 2016;45(8):809-20.
10. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. août 2009;145(2):133-7.
11. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*. mars 2012;119(3):647-55.
12. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med*. mai 2011;8(5):1267-84; quiz 1285-6.
13. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*. avr 2001;184(5):881-8; discussion 888-890.
14. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. févr 2000;107(2):186-95.
15. McDonald E, Gartland D, Small R, Brown S. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. avr 2015;122(5):672-9.
16. Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol*. mars 1997;104(3):330-5.
17. Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and Caesarean births. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. avr 2005;27(4):332-9.
18. Lopes P. Sexualité et grossesse, sexualité et post partum. In: Manuel de sexologie. 2nd ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014. p. 82-8.
19. Kettle C, Ismail KM, O'Mahony F. Dyspareunia following childbirth. *Obstet Gynaecol*. oct 2005;7(4):245-9.
20. Steege JF, Zolnoun DA. Evaluation and treatment of dyspareunia. *Obstet Gynecol*. 2009;113(5):1124-1136.

21. CNGOF 2015 - MISES À JOUR EN GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE - 2015-RPC-POSTPARTUM.pdf [Internet]. [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/informations/PDF/CNGOF/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf
22. HAS. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 [cité 18 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
23. de Pierrepont C, Polomeno V. Rôle du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* juill 2014;42(7-8):507-14.
24. Pastore L, Owens A, Raymond C. Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. academic hospital. *J Sex Med.* janv 2007;4(1):115-23.
25. INPES. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. [cité 17 mars 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-31.pdf>
26. Olsson A, Robertson E, Falk K, Nissen E. Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery.* avr 2011;27(2):195-202.
27. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci.* déc 2005;19(4):381-7.
28. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.* juill 1999;47(1):27-49.
29. Hay-Smith EJ. Therapeutic ultrasound for postpartum perineal pain and dyspareunia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000495.
30. Battut A, Nizard J. Impact of pelvic floor muscle training on prevention of perineal pain and dyspareunia in postpartum. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol.* mars 2016;26(4):237-44.
31. Guével M-R, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique.* 2012;24(1):23-38.
32. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *exercer.* 2009;20(87):74-9.
33. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie. *exercer.* 2009;20(88):106-12.
34. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. *L'entretien.* Paris: A. Colin; 2015.
35. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. *Pédagogie Médicale.* nov 2009;10(4):293-304.
36. Deslauriers J-P. *Recherche qualitative: guide pratique.* Montréal: Chenelière McGraw-Hill; 1997.
37. Debout C. *Méthodologie quantitative et études descriptives simples* [Internet]. 2012 [cité 30 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2014/07/methodologie-quantitatives-et-%C3%A9tudes-descriptives-simples-recherche-en-soins-infirmiers.pdf>
38. Lalanne C, Georges S, Pallier C. *Cours de Statistiques descriptives et inférentielles - stats-cogmaster.pdf* [Internet]. [cité 30 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.pallier.org/pdfs/stats-cogmaster.pdf>
39. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* 2016.
40. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse thématique.* In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* 4 ed. Dunod Editeur; 2016. p. 235-317.
41. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research

- (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
42. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;108:148–55.
 43. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142–5.
 44. CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. 2014 [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
 45. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. mars 2004;10(1):79-86.
 46. URML. Chapitre IV : Les biais en épidémiologie [Internet]. [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: http://www.pifo.uvsq.fr/epideao/esp/chap_4/index.html
 47. Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2017 | Insee [Internet]. [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
 48. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642 [Internet]. [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
 49. Bilan démographique 2016 - Insee Première - 1630 [Internet]. [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860#titre-bloc-9>
 50. URML. Suivi de grossesse : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les pays de la Loire [Internet]. 2016 [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_14_suivi_grossesse_panel3mgpdl.pdf
 51. Professionnels de santé au 1er janvier 2016 | Insee [Internet]. [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#titre-bloc-1>
 52. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJM, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *J Sex Med*. juin 2015;12(6):1415-26.
 53. Paquereau A, Goichon B. Les dyspareunies du post-partum: étude prospective comparative au CHU d'Angers comprenant 79 patientes.[Mémoire de sage-femme].[France]: Université d'Angers; 2010.
 54. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Prog En Urol*. juill 2013;23(9):811-21.
 55. López-Lapeyrere C, Serna-Gómez N, Hernández-López AB, Pérez-García MF, Tejada-Esteban A, Solís-Muñoz M. The development and validation of a new postpartum sexual function and dyspareunia assessment tool: The Carol Scale. *Midwifery*. mars 2018;58:27-36.
 56. Hostachy F. État des lieux de la prise en charge sexologique des femmes en post-partum: étude descriptive auprès des professionnels de santé du département du Puy-De-Dôme. [Mémoire de sage-femme]. [France]: Université d'Auvergne; 2014 [cité 17 mars 2017]. Disponible sur: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.977.7850&rep=rep1&type=pdf>
 57. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about sexual health issues in the year after childbirth: a cohort study. *Birth*. 2015;42(4):354–361.
 58. Bartoli S. Aborder la sexualité en médecin générale: Attentes, opinions et représentations des hommes.[Thèse d'exercice].[France]:Université de Poitiers; 2004.
 59. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. déc 2003;20(6):690-5.

60. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. « Opening a can of worms »: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract.* oct 2004;21(5):528-36.
61. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. *J Sex Med.* oct 2012;9(10):2508-15.
62. Leusink P, Teunissen D, Lucassen PL, Laan ET, Lagro-Janssen AL. Facilitators and barriers in the diagnostic process of vulvovaginal complaints (vulvodynia) in general practice: a qualitative study. *Eur J Gen Pract.* déc 2018;24(1):92-8.
63. Hartley S, Sutherland G, Brown S, Yelland J. « You're more likely to tell the GP if you're asked »: women's views of care from general practitioners in the first postpartum year. *Aust J Prim Health.* 2012;18(4):308-12.
64. O'Malley D, Smith V. Altered sexual health after childbirth:part1. The practising midwife. *janv 2013;16(1):30-2.*
65. Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Aust J Prim Health.* 2014;20(3):298-304.
66. Godet S. Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle ? *Sexologies.* avr 2013;22(2):56-64.
67. Buurman MBR, Lagro-Janssen ALM. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* juin 2013;27(2):406-13.
68. O'Malley D, Smith V. Altered sexual health after childbirth:part2. The practising midwife. *févr 2013;16(2):27-9.*
69. Schlagintweit HE, Bailey K, Rosen NO. A New Baby in the Bedroom: Frequency and Severity of Postpartum Sexual Concerns and Their Associations With Relationship Satisfaction in New Parent Couples. *J Sex Med.* 2016;13(10):1455-65.
70. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* août 2006;46(4):282-7.
71. Guerra-Reyes L, Christie VM, Prabhakar A, Siek KA. Mind the Gap: Assessing the Disconnect Between Postpartum Health Information Desired and Health Information Received. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* avr 2017;27(2):167-73.
72. Williamson M, McVeigh C, Baafi M. An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery.* mars 2008;24(1):99-107.
73. Grossesse et accueil de l'enfant - Fiche action : Couple, sexualité et contraception - 1310-3q.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3q.pdf>
74. Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand R Coll Nurs G B* 1987. 22 nov 2006;21(11):35-40.
75. MacAdam R, Huuva E, Berterö C. Fathers' experiences after having a child: sexuality becomes tailored according to circumstances. *Midwifery.* oct 2011;27(5):e149-55.
76. Olsson A, Robertson E, Björklund A, Nissen E. Fatherhood in focus, sexual activity can wait: new fathers' experience about sexual life after childbirth: Fatherhood in focus, sexual activity can wait. *Scand J Caring Sci.* déc 2010;24(4):716-25.
77. Sultan S, Varescon I, Maillé D. III. Sexualité et couple. In: *Psychologie de la santé.* Paris: Presses Universitaires de France; 2012.
78. Ahlborg T, Strandmark M. Factors influencing the quality of intimate relationships six

months after delivery--first-time parents' own views and coping strategies. J Psychosom Obstet Gynaecol. sept 2006;27(3):163-72.

79. Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. J Psychosom Obstet Gynaecol. déc 2012;33(4):185-90.

80. Hautreux E, Morgand S. Vécu intime des couples à l'arrivée du premier enfant. Une étude qualitative à partir de dix entretiens de couples.[Thèse d'exercice].[France]:Université d'Angers; 2017.

7 Annexe

7.1 Annexe 1

Protocole de méthodologie mixte et définition

La méthodologie utilisée dans cette étude était une méthode mixte. Différents protocoles existent et sont décrits dans l'article « Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration » de Marie-Renée Guével et Jeanine Pommier. (31)

Un protocole de recherche par méthode mixte à dominante qualitative de type convergent et explicatif a été utilisé dans la présente étude. En effet le type convergent est défini par un recueil concomitant des données avec une analyse séparée et une mise en relation des résultats qui permettait donc de corroborer les résultats par l'utilisation de plusieurs méthodes. Dans le type explicatif et comme dans la méthode utilisée ici, les données qualitatives permettent d'expliquer les données quantitatives. De plus ce type de méthode utilise les données quantitatives pour le recrutement des participants de l'étude qualitative.

7.2 Annexe 2

Lettre d'information et formulaire de consentement

A REMETTRE dans l'urne avec le questionnaire de satisfaction de la maternité

DOCUMENT D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A UNE ETUDE MEDICALE :
QUALITE DE VIE PERSONNELLE APRES L'ACCOUCHEMENT

Je m'appelle Leslie CHAUVIGNE et je suis actuellement en 9^{ème} année de médecine. Je prépare ma thèse qui viendra valider la fin de mes études de médecine générale. Dans le cadre de ce travail de thèse je m'intéresse au vécu des femmes dans la période suivant l'accouchement. Le recrutement pour cette étude est réalisé dans la maternité de Challans de janvier à juin 2017. Je souhaiterais pour cela vous envoyer un questionnaire court (sept questions) **dans trois mois** par pli postal. Les réponses au

questionnaire seront traitées de façon **anonyme**. En fonction de vos réponses au questionnaire et si vous m'en donnez l'autorisation, il est possible que je vous contacte par téléphone pour un entretien court. Je vous remercie de votre participation à l'élaboration de mon travail de thèse.

Votre participation est volontaire, vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche ou de quitter l'étude à tout moment sans avoir à vous justifier.

Au terme de cette étude, vous aurez accès aux résultats et aux conclusions de celle-ci.

Date d'accouchement: ____/____/____

Adresse postale:

Numéro de téléphone: ____ . ____ . ____ . ____ . ____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

J'ai été informée de l'objectif de cette recherche, de la façon dont elle va être réalisée et de ce que ma participation va impliquer pour moi. J'ai bien lu le document d'information ci dessus.

Je soussignée, **Mme** _____ (**Nom et Prénom**) accepte librement et volontairement de participer à cette recherche médicale. Je conserverai un exemplaire de la lettre d'information et du formulaire de consentement dûment complété et signé ci-dessous.

Date du jour: ____/____/____

Signature:

✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----

A CONSERVER PAR LA PATIENTE

DOCUMENT D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A UNE ETUDE MEDICALE : *QUALITE DE VIE PERSONNELLE APRES L'ACCOUCHEMENT*

Je m'appelle Leslie CHAUVIGNE et je suis actuellement en 9 ème année de médecine. Je prépare ma thèse qui viendra valider la fin de mes études de médecine générale. Dans le cadre de ce travail de thèse je m'intéresse au vécu des femmes dans la période suivant l'accouchement. Le recrutement pour cette étude est réalisé dans la maternité de Challans de janvier à juin 2017. Je souhaiterais pour cela vous envoyer un questionnaire court (sept questions) **dans trois mois** par courrier postal. Les réponses au questionnaire seront traitées de façon **anonyme**. En fonction de vos réponses et si vous m'en donnez l'autorisation, il est possible que je vous contacte par téléphone pour un entretien court. Je vous remercie de votre participation à l'élaboration de mon travail de thèse.

Votre participation est volontaire, vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche ou de quitter l'étude à tout moment sans avoir à vous justifier.

Au terme de cette étude, vous aurez accès aux résultats et aux conclusions de celle-ci.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

J'ai été informée de l'objectif de cette recherche, de la façon dont elle va être réalisée et de ce que ma participation va impliquer pour moi. J'ai bien lu le document d'information ci dessus.

Je soussignée, **Mme** _____ (**Nom et Prénom**) accepte librement et volontairement de participer à cette recherche médicale. Je conserverai un exemplaire de la lettre d'information et du formulaire de consentement dûment complété et signé ci-dessous.

Date du jour: ____/____/____

Signature:

Pour toutes questions, vous pouvez me contacter au 06.31.36.08.21 ou par mail lesliechauvigne.these@gmail.com

7.3 Annexe 3

Questionnaire initial

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE DANS LA PERIODE SUIVANT L'ACCOUCHEMENT

Je vous remercie d'avoir accepté de recevoir ce questionnaire court et d'y répondre dans le cadre de mon travail de thèse. Je m'intéresse aux **douleurs ressenties pendant les rapports sexuels dans les 3 mois suivant l'accouchement et à leur prise en charge médicale**. Toutes ces données seront traitées de façon anonyme. Votre participation est volontaire, vous avez le droit de quitter l'étude à tout moment sans avoir à vous justifier. Vous aurez accès aux résultats et conclusions de l'étude si vous le souhaitez. **Merci de me retourner ce questionnaire dans l'enveloppe jointe pré affranchie.**

1/ Données démographiques

Votre âge :

Nombre de grossesse :

Nombre d'enfant :

2/ Allaitement maternel en cours :

OUI NON

3/ Quel a été le mode de votre dernier accouchement ? (Cochez la ou les réponse(s) correspondante(s))

- Accouchement par voie basse (par les voies naturelles) non instrumentale
- Accouchement par voie basse avec aide instrumentale (forceps, ventouse, spatule)
- Accouchement par voie basse avec une épisiotomie (incision chirurgicale réalisée par le gynécologue ou la sage-femme)
- Accouchement par voie basse avec une déchirure
- Accouchement par césarienne

4/ Avant votre grossesse, aviez-vous déjà ressenti des douleurs au moment des rapports sexuels ?

OUI NON

5/ Y a-t-il eu une reprise de l'activité sexuelle depuis l'accouchement ? (Si « non », passez à la question 8)

OUI NON

Si oui, combien de temps après l'accouchement ?

6/ En comparant votre sexualité dans l'année précédant la grossesse à votre sexualité depuis l'accouchement, vous diriez que : (entourez votre réponse)

Les rapports sexuels sont : Moins douloureux / Aussi douloureux/ Plus douloureux/ Jamais douloureux

7/ **Si des douleurs sont présentes depuis la reprise de la sexualité**, en avez-vous parlé à un professionnel de santé (médecin généraliste, sage-femme, gynécologue, ...) ?

OUI NON

8/ Un professionnel de santé (médecin généraliste, sage-femme, gynécologue, ...) a t-il **abordé le sujet des douleurs à la reprise de la sexualité** avec vous ?

OUI NON

9/ **Si vous avez ressenti des douleurs depuis la reprise des rapports sexuels** (que ces douleurs soient nouvelles ou non pour vous) ou **si vous appréhendez de ressentir des douleurs lors de la reprise des rapports sexuels**, seriez-vous d'accord pour en discuter avec moi lors d'un entretien court par téléphone ou en face à face ? Cet entretien sera anonymisé.

OUI NON

Commentaire libre :

Merci pour votre participation à mon travail de thèse !

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, merci de m'en informer par mail, à l'adresse indiquée ci-dessous.

Leslie CHAUVIGNE étudiante en 9eme année de médecine.

Coordonnées : 06 31 36 08 21, lesliechauvigne.these@gmail.com

7.4 Annexe 4

Guide d'entretien

Trame entretien thèse

Dyspareunie dans les 3 premiers mois du post-partum : Prise en charge

Présentation : recherche / quel interviewé/ garantie confidentialité

- La prévention / abord de la question avant la reprise des rapports sexuels

Consigne : Pouvez-vous me parler de ce que vous saviez de la reprise de la sexualité après une grossesse ?

En quoi cela a pu modifier votre comportement face à la reprise des RS ?

> Information prévention :

Le temps : Information avant/ pendant la grossesse, grossesse précédente, après l'accouchement

Le contenu : Quelle information ?

L'origine : Origine de l'information intrafamiliale/ amicale/ personnel de santé

> Effet de la prévention :

Impact de l'information : au moment de la reprise des RS/ face aux douleurs

Impact de l'absence d'information : sur la reprise des RS/ sur les douleurs/ sur la communication

- **Le diagnostic / la communication avec les professionnels de santé**

Consigne : Comment cette question des douleurs a été abordée depuis l'accouchement avec les différents professionnels de santé ?

+ D'autres thèmes liés au bien être sexuel ont-ils été abordé ?

> Communication :

Expression du symptôme : de quelle façon ? A votre initiative ?

Recherche du symptôme par les professionnels de santé

> Le diagnostic :

Démarche diagnostique/ explications donnée

Autres difficultés sexuelles (que les douleurs) exprimées/ recherchées

- **Les propositions thérapeutiques faites/ L'orientation vers un professionnel de santé**

Consigne : J'aimerais que vous me parliez de la prise en charge médicale de vos douleurs depuis la reprise des RS, comment ça s'est passé ?

> Proposition thérapeutique :

médicale / non médicale

> Réassurance :

De quelle façon ? Anxiété/Inquiétude

> Croyance :

Quel professionnel/ pourquoi ?

> Orientation :

Vers d'autres professionnels de santé

- **Attente et croyance des femmes par rapport au symptôme et à la prise en charge**

Consigne : J'aimerais que vous me parliez de la prise en charge de votre douleur à la reprise des RS, qu'en pensez-vous ?

> symptôme/ croyance :

Exploration **croyances face aux douleurs/ la manière de les éviter**

> Attentes :

Attente face aux professionnels de santé **PEC/ information**

Satisfaction face à la PEC

Amélioration : Selon vous, comment pourrait-on améliorer la prise en charge des douleurs à la reprise de la sexualité ?

> Communication :

Tabou de la sexualité/ **difficultés rencontrées** par la patiente pour exprimer ses difficultés sexuelles

- **Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge**

Consigne : J'aimerais que vous me parliez du rôle qu'a pu avoir votre médecin généraliste dans la prise en charge de votre douleur ?

> Place dans le suivi de grossesse/ post accouchement

> Communication autours des dyspareunies

> Prise en charge de la dyspareunie

Prévention/ Recherche du symptôme/ Proposition thérapeutique

> Attente vis à vis du médecin généraliste

Rôle/ communication/ satisfaction

- Rôle du père dans la prise en charge de la dyspareunie

Consigne : J'aimerais que vous me parliez de la place de votre conjoint dans la gestion et la prise en charge de votre douleur ?

> Prévention de la douleur : connaissance partagée/ cours de préparation à l'accouchement

> Positionnement par rapport à la reprise de la sexualité :

Communication autours du trouble sexuel

Difficultés rencontrées

Solution apportée

> **Synthèse**

7.5 Annexe 5

Exemple d'entretien : entretien 9

Q : Je vous explique comment ça va se passer, entre 20 et 25 mn maximum, je vais vous poser des questions plutôt générales, et je me permettrai de rebondir à certains moments si je veux vous faire préciser certaines choses. Votre nom n'apparaîtra bien-sûr pas dans mon travail de thèse, je réutiliserai les éléments dont on a parlé.

J'aimerais que vous me parliez de ce que vous saviez de la reprise de la sexualité après une grossesse,

E : Euh, pas grand-chose dans le sens où j'ai déjà 3 enfants, donc c'est vrai qu'à chaque fois on a fait une reprise progressive parce que à chaque fois j'ai eu des épisiotomies, ou des petits déchirements, donc c'est vrai qu'on prenait notre temps et on essayait d'être à l'écoute de mon corps à moi et de ne pas précipiter les choses. Je faisais surtout attention à moi par rapport à ça.

Q : C'était surtout l'expérience en fait, c'est ce que vous êtes en train de me dire,

E : Oui, c'est ça et puis surtout l'écoute de mon corps, on était surtout sur mon écoute et mon mari pareil, la reprise de la sexualité ça toujours été en fonction de moi, les sensations, et selon ce que je pouvais faire en fonction de la douleur,

Q : C'était vraiment, quand vous me dites l'écoute de mon corps pouvez-vous détailler un petit peu ?

E : L'écoute de mon corps c'est le fait de ne plus avoir mal déjà, et de me sentir capable de pouvoir déjà retrouver des sensations, des sensations sexuelles, ou après bien-sûr pour la pénétration c'était vraiment en fonction de comment je me sentais et surtout au niveau de la douleur. Je reviens vraiment sur la douleur parce que ça tiraille pendant un petit moment surtout quand on a eu des épisio ou des déchirements.

Q : D'accord, ok, là ce que vous me dites effectivement pour cette grossesse là en tout cas, vous avez eu des douleurs à la reprise des rapports c'est ça ?

E : Oui, oui et c'est pas encore fini ça fait 2 mois ½. Et c'est pas encore ça. J'ai été déchirée pour cette grossesse là, ça été une bonne déchirure et ouais du coup ça met quand même du temps. Et les autres j'avais eu des épisio et pareil et j'ai pas eu de rapports avant 2 mois, 2 mois et demi. On prend vraiment notre temps on ne stresse pas là-dessus, enfin voilà,

Q : Donc là il y a eu une reprise des rapports sexuels, de la pénétration ou pas ?

E : Non, non pas encore. C'est juste des petits touchers, des petits câlins, Y a pas encore eu des pénétrations, je ne me sens pas prête et ma sage-femme m'a dit qu'il y avait encore une petite boule interne qui était encore

présente et je le ressens. Donc elle m'a dit de masser mon périnée avec le l'huile d'amande douce, et d'essayer de faire en sorte que le tiraillement s'en aille petit à petit.

Q : D'accord ok, c'est un tiraillement qui est présent à quel moment en fait ?

E : Ça dépend, justement en sortant de la douche je sens que c'est sec, donc je fais mon huile d'amande douce, et puis quand il y a la pénétration ou le toucher vaginal je sens, il y a une gêne en fait occasionnée sur le côté droit, à l'endroit du déchirement.

Q : Ces douleurs sont, dans ce que j'entends, donc en lien avec la sécheresse vaginale et la déchirure, c'est ça ?

E : Oui c'est ça, c'est je pense la cicatrisation s'est bien faite, on m'a dit que j'ai très vite cicatrisé et c'est une petite boule qui s'est formée, une petite boule de chair, et puis le fait que ce soit sec ça du mal à faire résorber ce petit endroit qui est compliqué.

Q : Finalement par rapport à ces douleurs et les difficultés par rapport à la reprise des rapports sexuels vous avez eu un contact avec la sage-femme, par rapport à ça, c'est ce que vous me dites ?

E : Oui, en fait je lui en ai parlé aussi, oui parce que c'est lié à la pose du stérilet. Parce que je voulais re-poser un stérilet et je lui ai dit, le jour où je devais le poser, que je ne me sentais pas prête, et donc elle m'a demandé pourquoi et je lui ai dit que j'avais une sensation de tiraillement en bas, et que même au niveau sexualité, j'avais du mal à reprendre justement lié à ça.

Et c'est là qu'elle m'a dit, elle a fait le toucher vaginal et elle m'a dit heureusement qu'on ne l'a pas fait aujourd'hui. On sent qu'il y a cette petite boule, même moi je vous aurai préconisé de ne pas poser le stérilet aujourd'hui. C'est là qu'elle m'a dit les massages, elle m'a expliqué pour enlever cette petite boule, qui était présente, et qui me gêne encore.

Q : Donc la sage-femme vous a conseillé de masser votre périnée ?

E : Avec de l'huile d'amande douce ou avec un autre support, elle me dit l'huile d'amande douce c'est assez neutre, ce qui permet de masser tranquillement.

Q : Ok, est-ce qu'il y a eu d'autres interventions soit de la sage-femme, par rapport à la prise en charge de ces douleurs ou bien par d'autres professionnels de santé comme par exemple un médecin généraliste ?

E : Non, non, j'en ai juste parlé à ma sage-femme, elle m'a suivi assez vite, même post-accouchement et même après pour les suites, c'est elle qui est venue, parce que j'avais des petits soucis. Elle m'a enlevé les derniers fils, j'ai pas eu du tout affaire avec mon médecin traitant pour toutes ces questions-là. Et puis voilà.

Q : Et pourquoi il n'y a pas eu de liens avec le médecin traitant par rapport à cette question là ?

E : Parce qu'en fait depuis le début je suis suivie par ma sage-femme et il ne se sentait pas très à l'aise, j'avais bien compris, et déjà pendant la grossesse et il m'a très vite orientée vers les sages-femmes de quartier. Moi aussi je préférerais parce qu'en plus c'est un homme, on se sent quand même plus à l'aise quand c'est une femme, et puis c'est vrai qu'elle me suit depuis mes trois mois de grossesse. On est plus à l'aise quand on connaît une personne, avec qui on a créé un lien, et puis c'est plus simple d'aborder des questions avec une sage-femme qui fait ça tous les jours.

J'étais plus à l'aise avec elle que mon médecin traitant de toute façon.

Q : Donc sur la question de douleurs, ou sur la reprise des rapports sexuels n'a jamais été abordée avec votre médecin traitant depuis votre accouchement ?

E : Ah non, non, pas du tout,

Q : Et sur la question des douleurs quand vous avez vu votre sage-femme, c'est un questionnement qui est venu de votre part ou de sa part par rapport,

E : Non c'est venu de moi et justement elle m'avait demandé si j'avais repris des rapports sexuels, je lui avais dit que non. On n'avait pas fait grand-chose et en fait c'est vraiment venu, lié à la pose du stérilet. Je pense que j'en n'aurais pas parlé je ne suis pas sûre qu'elle m'en aurait parlé.

Q : Ok, vous pensez qu'elle n'en aurait pas parlé du coup ?

E : Je ne pense pas, maintenant après je peux me tromper. Elle m'a demandé comment j'allais et en bas si ça allait mieux, et c'est vrai que, au début, on n'a pas spécialement abordé les rapports sexuels.

Q : C'était donc cette sage-femme qui vous a suivi tout au long de votre grossesse, c'est ce que vous me disiez tout à l'heure ?

E : Oui, oui

Q : Pendant le suivi de votre grossesse, il y a des moments où on vous a parlé de la reprise des rapports sexuels, ou que vous ayez eu des questions par rapport à la reprise des rapports sexuels ?

E : Alors avec moi, on n'en a pas du tout parlé, et effectivement je n'ai posé aucune question là-dessus, parce que j'ai déjà eu des enfants et je sais très bien que moi je mets du temps de ce côté-là. Au niveau cicatrisation et rapports sexuels, je sais un peu comment ça fonctionne et je ne lui ai pas posé de question non plus.

Q : C'est parce que finalement vous saviez déjà un peu comment ça se passait ?

E : Oui, voilà je connais mon corps et je sais très bien qu'après une grossesse voilà je mets quand même du temps, je fais pas une reprise au bout d'un mois. Je sais comment je fonctionne et en plus avec la déchirure, je savais très bien que je ne reprendrai pas une activité sexuelle d'emblée comme ça.

Q : Et pendant les premières grossesses, peut-être que ça remonte un petit peu, mais vous ne vous souvenez pas s'il y a eu une information à l'époque, peut-être par rapport à la reprise des rapports sexuels, ça ne vous parle pas trop ça ?

E : Non, non, je me rappelle très bien et il n'y avait pas eu du tout ce sujet-là abordé. Non plus. A chaque fois on ne m'en a jamais parlé. Même mon gynéco pour ma première grossesse, c'était un gynéco obstétricien qui m'avait suivi après, on n'a jamais parlé de ça. On se débrouille tout seul, on fait notre sauce, on fait selon ce qu'on ressent je pense. Et puis la deuxième grossesse j'ai été suivi par une sage-cette libérale aussi qui est venue à mon domicile.

J'avais fait un œdème vaginal, j'avais une grossesse gémellaire et l'accouchement avait été compliqué. Et pareil elle ne m'avait pas spécialement parlé de la reprise des rapports sexuels et elle m'avait suivi les 15 jours qui ont suivi l'accouchement et après c'était terminé.

Après on se retrouve quand même seules face à la situation de toute façon. Moi c'est ce que je ressens, c'est ce qui m'est arrivé sur les trois grossesses.

Q : Donc vous, vous avez eu un sentiment de solitude à plusieurs reprises sur cette question-là.

E : Ben, euh, je ne dirai pas de solitude mais c'est pas quelque chose que les professionnels de santé vont venir aborder sans que l'on en parle. Je n'ai pas cette impression en tout cas. Si on évoque pas le sujet je ne pense pas.

Q : Pour vous, vous trouvez que c'est un manque ?

E : Ça peut l'être parce que des fois ça permettrait de, oui ça peut être un manque parce que avec le conjoint et la venue du bébé, on peut se sentir éloigner de la sexualité au début. C'est un peu compliqué la reprise, si parfois si on peut avoir des petits conseils ou des aiguillages ça peut toujours être plus sympa et que ça se passe mieux justement.

Q : Parce que jusqu'à présent vous justement, il n'y a aucun professionnel qui vous en a parlé, et finalement c'est la première fois que vous en parlez avec un professionnel de santé là pour cette grossesse là ?

E : Oui, a bah oui c'est ça. Franchement c'est ça il n'y aurait pas eu cette histoire de pose de stérilet, on en aurait peut-être pas parlé de toute façon.

Q : Et pour vous, c'est plutôt censé venir de vous ou censé venir des professionnels de santé, la discussion autour de la reprise des rapports sexuels ou des douleurs par exemple ?

E : Si ça venait de moi du fait de ne pas en parler vous voulez dire ?

Q : Ce que je veux dire par là, est-ce que vous vous dites que finalement c'est plutôt aux professionnels de santé d'aborder la question, ou c'est plutôt aux patients, à vous ?

E : Moi je pense que c'est aux professionnels de santé, je trouve que ça fait partie de leur profession, et ils connaissent les complications et je pense que c'est leur métier post-accouchement de nous parler de ça. Après c'est mon point de vue personnel, je pense que ça pourrait être un des sujets qui fasse partie des questions post accouchement, lié à la reprise de la sexualité.

Et des rendez-vous au bout de 3 semaines à un mois où on puisse aborder ce sujet. Pour moi c'est à eux de le faire.

Q : Finalement au moment ou plutôt après l'accouchement pour aborder ce type de question ?

E : Oui je pense. Je pense que ce serai judicieux parce que on est dans notre moment cocooning, grossesse ect et puis on se doute peut-être pas, surtout quand c'est des premières grossesses, de l'après, de ce qui peut se passer. Et je pense que ça peut être des questions qui viennent de leur part, oui. Voir s'il y a eu une reprise de la sexualité, comment elle s'est passée et s'il y a des sensations de douleurs ou pas et quelles solutions justement ils peuvent nous apporter par rapport à ça. Pour moi ce serait plus judicieux que ça vienne d'eux mais après, ça reste mon point de vue.

Q : Non, non c'est très intéressant. Et vous aviez eu des cours de préparation à l'accouchement ?

E : Pour cette grossesse là non. Je ne les ai pas spécialement faits parce que je vous dis j'ai déjà vécu 2 grossesses donc on se dit ben voilà, on voit à peu près comment ça fonctionne. Mais oui les autres j'avais fait les préparations à l'accouchement.

Q : A ces occasions ça n'avait pas non plus, enfin ça n'avait pas été abordé l'utilisation par exemple de lubrifiant ou de propositions de choses pour rendre la reprise de la sexualité plus facile ?

E : C'est pas du tout des questions qui ont été posées par les patientes. Je trouve que tant qu'on pose pas des questions très orientées, on n'en parle pas de toute façon. Enfin moi je ne l'ai pas vécu comme ça.

Q : Vous m'avez parlé de votre conjoint, aussi tout à l'heure à plusieurs reprises, par rapport à (si j'ai bien compris ce que vous me disiez) quand même pour vous la reprise de la sexualité c'est finalement quelque chose

que vous avez vécu plutôt seule avec votre conjoint, que vous connaissez votre corps, c'est pour ça que vous avez pris le temps. Finalement quel est le rôle de votre conjoint dans la reprise de la sexualité, quel a été son positionnement, comment il a pu vous aider par rapport à vos douleurs,

E : Très à l'écoute, moi il est très à l'écoute là-dessus, il m'a dit, il m'a toujours dit si tu ne le sens pas, on ne fait pas. Il me dit c'est toi qui ressens, si tu as mal je ne veux pas que tu ai mal. On se force pas et puis après c'est quand moi je sentais l'envie et ben on faisait des petits touchers vaginaux ou des petites choses entre nous mais voilà ça n'allait pas plus loin si je sentais que ça allait pas, que j'avais mal au toucher vaginal et bien on s'arrête là. On va pas plus loin, il a toujours été à l'écoute par rapport à ça, il savait que c'était pas simple pour moi à chaque fois, que je mettais du temps. Non, non, toujours à l'écoute et compréhensif.

Q : Ça, ça permis, dans les grossesses précédentes et dans cette grossesse-là, si je comprends bien, de permettre une reprise des rapports sexuels plus faciles.

E : Oui plus facile, parce que y'a pas de précipitations, on n'est pas obligée parce que il aurait, admettons, envie à tout prix de faire et moi du tout, y'a pas cet esprit « contrainte ». Et du coup au final comme c'est dans l'écoute, la compréhension, on va à mon rythme à moi. Donc j'ai pas d'obligations de me dire « ah mince il veut à tout prix », je vais me forcer et puis je vais me faire mal, mais bon tant pis. Ça fonctionne pas dans ce sens-là.

Q : De façon assez générale, qu'est-ce que vous pensez vous, de la prise en charge des douleurs à la reprise des rapports sexuels ?

E : Ben la prise en charge par les professionnels qui nous entourent vous voulez dire ?

Q : Oui de façon très générale ?

E : Très général, je vais dire que je trouve ça moyen. Après je me dis que si je posais les questions, je pense que je serai aidée. Il n'y aurait pas de soucis, je sais que si j'en reparlais avec ma sage-femme elle trouverait une solution, j'en suis sûre mais il faut que ça vienne de moi. Si on n'en parle pas à aucun moment, enfin moi on m'a pas posé la question comment ça se passait au niveau de la reprise des rapports sexuels. Donc mais je pense que si je posais la question, ce serait bien accueilli et j'aurai sûrement des bons conseils. Je sais que je reste en réserve là-dessus. C'est mon intimité donc peut-être que je n'ose pas poser la question ou je me dis que je vais y arriver toute seule.

Q : Donc vous vous dites que vous allez y arriver toute seule.

E : Voilà en gros, comme je m'écoute et que mon conjoint va dans mon sens voilà, et puis je connais les lubrifiants, j'ai plusieurs outils et je sais que ça va bien se passer comme pour les dernières grossesses.

Q : Plusieurs outils, comme le lubrifiant ? C'est ça ?

E : Oui voilà, le lubrifiant j'en utilisais déjà depuis des sécheresses vaginales, donc je connais très bien, j'en utilisais. Je pense qu'on va fonctionner de la même façon quand je serai prête. Et puis c'est d'être à l'écoute de son corps, une fois qu'on ressent les choses et qu'on a mal il ne faut pas faire du forcing pour moi. Voilà je m'écoute. Je fais ma petite sauce. (rire)

Q : Juste une dernière chose, vous m'avez parlé de la question de l'intimité du fait que pour vous ça pouvait être difficile d'aborder ce sujet, avec les professionnels de santé, et à cause du fait que pour vous c'est très intime cette question là ? C'est bien ça ?

E : Oui c'est assez personnel, dès qu'on va poser des questions plus pointues ou plus précises, moi je vais me sentir gênée d'expliquer ce qu'on fait, je trouve que c'est quelque chose de très intime. Je resterai assez vague. Après je pense qu'ils ne cherchent pas les détails. Oui je trouve que c'est assez intime. Mais maintenant si j'avais vraiment très mal et que je m'en sortais pas toute seule, je pense que spontanément j'en parlerai à ma sage-femme, avec qui maintenant il y a un lien qui s'est créé. Je pense qu'elle me donnerait d'autres outils, autres que ceux que j'ai déjà.

Q : Si je résume ce qu'on s'est dit, vous ce que vous considérez, d'une part vous n'avez pas reçu énormément d'information sur l'ensemble de vos grossesses, et après les accouchements, par rapport à la reprise des rapports sexuels.

E : Oui c'est ça.

Q : Finalement vous avez vécu jusqu'à présent les choses, beaucoup avec votre conjoint en étant très à l'écoute de votre corps et un conjoint qui a l'air très à l'écoute de votre corps et de vos sensations.

E : Oui tout à fait

Q : Et c'est ça qui aide principalement pour vous, la reprise des rapports sexuels,

E : Oui tout à fait

Q : Vous avez quand même reçu des conseils de la part de votre sage-femme cette fois-ci parce que effectivement, au moment de la pose du stérilet, vous avez pu évoquer le fait que vous aviez des douleurs ou des tiraillements au niveau du vagin.

E : Oui c'est ça,

Q : Et à ce moment-là elle vous a proposé des massages du périnée, et vous utilisiez déjà des lubrifiants avant

de toute façon. Donc vous aviez un recours assez facile à ce type de chose déjà avant.

E : Voilà c'est ça, on a une expérience et c'est des choses qu'on utilisait déjà avec mon conjoint.

Q : Sur les précédentes grossesses ou en dehors de toute grossesse ?

E : Même en dehors des grossesses aussi, donc les lubrifiants, moi j'avais des problèmes de sécheresse vaginale, C'est pour ça que c'est quelque chose que j'utilisais déjà ; je connaissais le truc.

Q : Vous aviez déjà eu des douleurs pendant les rapports sexuels en dehors de la grossesse ?

E : C'était pas vraiment des douleurs c'était plutôt des sensations de sécheresse vaginale quoi. Je ne peux pas dire que c'était des douleurs réellement. Et ça j'en avais parlé à mon premier gynéco et voilà mais ça date de plusieurs années.

Q : Et c'était lui qui vous a proposé l'utilisation de lubrifiant ?

E : Oui sûrement, oui peut-être, ou le pharmacien. Soit mon gynécologue ou ma pharmacienne qui avait proposé ça, des lubrifiants., qu'on achète comme ça en libre-service.

Q : Merci beaucoup pour toutes ces informations, il arrive parfois que, quand je relis les interviews ça, je me dis que j'ai oublié un élément, est-ce que ça vous dérangerait que je vous rappelle. Ca peut durer cinq minutes, si jamais j'avais oublié quelque chose ?

E : Y' a pas de soucis, si je peux répondre y a pas de problème.

Q : Souhaitez-vous recevoir ma thèse ? Une fois écrite,

E : Non pas spécialement

7.6 Annexe 6

Avis favorable du GNEDS (Groupe Nantais d’Ethique dans le Domaine de la Santé)

AVIS Groupe Nantais d’Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS)

Nom du protocole Code et versioning	Dyspareunies au troisième mois du post-partum : prise en charge
Investigateur principal	Leslie CHAUVIGNE (DES Médecine générale) (supervisée Dr Anne SURRAULT)
Lieu de l'étude	CHLVO De Challans
Type de l'étude	Prospective, non contrôlée, questionnaires/entretiens semi-directifs
Type patients/participants	Femmes ayant accouché au CHLVO
Nombre de patients/participants prévus	150/10
Objectif principal	Montrer l'insuffisance d'information
Objectif secondaire	Montrer que la question est peu abordée par les professionnels de santé

Documents communiqués

Justification de l'étude	oui
Méthodologie	oui
Lettre d'information	oui
Lettre de consentement	oui

Remarque générale

Le GNEDS formule d'abord la remarque qu'il n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Il ne tient compte des données d'ordre

scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique. Dans le cas présent, il se bornera à constater que les objectifs de cette étude et sa méthodologie sont conformes aux principes de l'éthique.

La réalisation des post-entretiens conférerait à cette étude un caractère interventionnel. Il convient soit de les supprimer soit de solliciter un avis CPP.

Confidentialité

Confidentialité	oui
Anonymat	Oui (expliquer comment)
CNIL	NA

Commentaires :

Comment protéger l'anonymat des patientes ayant accepté les entretiens semi-directifs

Information et consentement

Consentement :

Recueil nécessaire	oui
Type consentement préférable	oui
Traçabilité dans le dossier	oui

Commentaires :

Lettre information précisant:

Titre de l'étude	Non
But de l'étude	
Déroulement de l'étude	
Prise en charge courante inchangée	oui
Possibilité de refus de transmission des résultats	oui
Possibilité de recevoir résultats de l'étude	oui
Traçabilité dans le dossier	oui

Commentaires :

Préciser le titre de l'étude dans la lettre d'information (qualité de vie personnelle après l'accouchement ?)

Conclusion

Avis favorable	oui
Révision nécessaire selon commentaires	Oui /lettre/*suppression des post-entretiens/explications sur l'anonymisation
Avis défavorable	

Membres présents lors de la séance du GnedS du 15/11/2016 :

G Picherot, M Hamidou, C Dreyfus-Lefoyer, M Lebrun, P Taconnet-Henry, F Jounis-Jahan, S Pichierri, JF Canteteau, P Barriere

Date : 15/11/2016

7.7 Annexe 7

Autorisation du CNIL

**PÔLE DIRECTION GÉNÉRALE
ET STRATÉGIE**

5, allée de l'Île-Gloriette
44093 Nantes cedex 1

T. 02 40 08 72 42
F. 02 40 08 71 57
direction.generale@chu-nantes.fr

DIRECTEUR GÉNÉRAL
Philippe Sudreau

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT
Hubert Jaspard

**AFFAIRES MÉDICALES
ET RECHERCHE**
Anne-Claire de Reboul
DIRECTRICE

T. 02 40 08 72 45
F. 02 40 08 71 58

**GROUPEMENT HOSPITALIER
DE TERRITOIRE - MARTAA**
Guillaume Caro
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL GHT 44
DIRECTEUR DE LA MARTAA

T. 02 40 08 70 01

**DIRECTION DES ACHATS
COORDINATION « ACHATS »
DU GHT 44**
Jean Verger
DIRECTEUR

T. 02 40 84 67 39
F. 02 40 84 68 55

**CENTRE HOSPITALIER DE CLISSON
ADMINISTRATION DU GCS E-SANTÉ
COORDINATION DU SIH DU GHT 44**
Éric Manœuvrier
DIRECTEUR
T. 02 40 84 75 50



Monsieur le Professeur Lopes
CHU de Nantes
Service de Gynécologie obstétrique

Copie : Mme Leslie Chauvigné

Objet : Autorisation à débiter les inclusions RNI

Affaire suivie par

Sabrina Le Bouter-Banon

Email : sabrina.lebouter@chu-nantes.fr

Direction des affaires médicales et de la recherche

Direction de la recherche

Département promotion

Tél. 02.53.48.28.62

Fax 02.53.48.28.36

Nantes, le 3 novembre 2016

Monsieur le Docteur,

Les démarches administratives auprès de la CNIL pour la base de données excel à laquelle se rattache cette étude ayant été accomplies, et le dossier de demande d'avis éthique ayant été déposé auprès du Groupe Nantais d'Ethique dans la Domaine de la Santé, le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes ne voit pas d'inconvénient au démarrage de l'étude

«Dyspareunie au 3ème mois du post partum: prise en charge»

à débiter à compter du 4 novembre 2016.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Professeur, en l'assurance de notre considération la meilleure.

Sabrina LE BOUTER,
Coordinatrice de la cellule RNI

Vu, le Président du Jury,
Mr le Professeur Patrice LOPES

Vu, le Directeur de Thèse,
*Mme le Docteur Anne
SURRAULT*

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Parcours de soin des patientes ayant des dyspareunies dans le post-partum : étude sur les femmes ayant accouché à la maternité de Challans entre janvier et juin 2017

RESUME

Introduction : La dyspareunie du post-partum est fréquente, entre 32% et 64% à 3 mois du post-partum. Il n'existe pas de recommandation sur sa prise en charge et peu d'études sur ce sujet.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer les trois étapes du parcours de soin, la prévention, la prise en charge diagnostique et thérapeutique, des patientes souffrant de dyspareunies dans les trois premiers mois du post-partum.

Méthode : La méthodologie utilisée était mixte avec une partie quantitative descriptive, basée sur un questionnaire envoyé à 3 mois du post-partum, en parallèle d'une partie qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des femmes dyspareuniques recrutées via le questionnaire. Une analyse thématique a été effectuée.

Résultats : De janvier à juin 2017, 105 femmes ont été incluses à la maternité de Challans, 83% ont retourné le questionnaire, 90% avaient repris une activité sexuelle, 46% souffraient de dyspareunies. Les entretiens ont été réalisés auprès de 13 femmes parmi elles. Cette étude a mis en évidence que l'intervention d'un professionnel de santé aux trois temps du parcours de soins n'était pas systématique. La sage-femme était la plus impliquée, contrairement au médecin généraliste, absent. Le principal frein de la prise en charge était communicationnel. Par ailleurs, les femmes percevaient l'impact positif du conjoint sur la dyspareunie.

Conclusion : Au regard de ses missions, le médecin généraliste pourrait renforcer son rôle dans le parcours de soins. Des stratégies d'initiations du sujet sont à développer pour aider le professionnel de santé à l'aborder. La prise en charge du couple dans le post-partum s'impose comme un enjeu de santé sexuelle.

MOTS-CLES : dyspareunie, post-partum, parcours de soin, couple, médecine générale