

UNIVERSITE DE NANTES

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR DE MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Années universitaires 2015 - 2021

Les épisiotomies à l'accouchement : un impact sur la sexualité à la ménopause ?

Etude observationnelle transversale auprès de 124 femmes.

Mémoire présenté et soutenu par :

CORMERAIS Mathilde

Née le 12/11/1996

Directeur de mémoire : Professeur Patrice LOPES

Remerciements

Au Professeur Patrice Lopès, pour le temps consacré à ce projet ainsi qu'à ses nombreux conseils et ses relectures.

A Madame Isabelle Derrendinger, pour son encadrement et sa disponibilité.

A toutes les femmes ayant pris le temps de répondre au questionnaire.

A mon conjoint, pour ses nombreuses corrections et relectures.

A ma famille, pour sa bienveillance et son soutien pendant ces années d'études.

Table des matières

Introduction.....	- 1 -
Motivations	- 1 -
Qu'est-ce que la ménopause ?.....	- 1 -
Le syndrome génito-urinaire de la ménopause ou SGUM.....	- 3 -
Et la sexualité à la ménopause ?.....	- 3 -
Une sexualité différente après une épisiotomie ?.....	- 4 -
Hypothèse	- 6 -
Matériel et méthode	- 7 -
Objectif	- 7 -
Typologie de l'étude	- 7 -
Population	- 7 -
Outils de l'enquête.....	- 8 -
Résultats.....	- 10 -
Flow Chart.....	- 10 -
Définition de la population	- 11 -
Leur sexualité depuis la ménopause	- 14 -
Discussion	- 32 -
Analyse des résultats	- 32 -
Les données générales.....	- 32 -
Focus sur la ménopause.....	- 33 -
La sexualité depuis la ménopause	- 34 -
Limites de l'étude	- 40 -
Ouvertures.....	- 42 -
Conclusion.....	- 43 -
Bibliographie.....	- 45 -
Livres.....	- 45 -
Articles	- 45 -
Annexes.....	I

Introduction

Motivations

J'ai décidé de traiter ce sujet de mémoire car j'estime la place de la sage-femme de plus en plus importante dans le secteur de la gynécologie, et par extension dans celui de la sexualité. Par ailleurs, j'envisage d'effectuer une formation de sexologie à la suite de l'obtention de mon diplôme d'Etat.

En termes de conséquences des lésions périnéales, il est important de connaître celles à long terme, afin de limiter encore les pratiques de l'épisiotomie dans le cas où ce mémoire révélerait des conséquences encore invisibles à long terme. Le but étant de maintenir une qualité de vie satisfaisante après la ménopause, malgré tous les changements physiques et psychiques déjà étudiés.

Je me suis posée la question de savoir si l'épisiotomie pouvait altérer la sexualité de la femme ménopausée compte tenu de la fréquence du syndrome génito-urinaire de la ménopause, qui a une prévalence moyenne de 27% dans la population des femmes ménopausées [1]. En effet l'hypothèse d'une aggravation est justifiée par la possible atrophie vulvo-vaginale qui peut aggraver la sclérose cicatricielle de l'épisiotomie.

Qu'est-ce que la ménopause ?

Elle se définit comme un arrêt permanent des menstruations suite à un épuisement du stock ovarien constitué à la naissance, généralement constaté vers l'âge de cinquante ans. Le diagnostic de ménopause est fait lorsque qu'on observe une aménorrhée secondaire d'un an [2].

Elle peut s'accompagner de signes climatériques, dont quatre signes principaux liés à l'hypoestrogénie [3] :

- Les bouffées vasomotrices (ou bouffées de chaleur) qui donnent une sensation de chaleur au niveau du thorax et du cou, jusqu'à la tête, avec apparition d'une rougeur et parfois de sueurs.
- Les sueurs nocturnes qui peuvent réveiller la nuit et perturber le sommeil, donc agir également sur l'humeur.
- Les troubles génito-urinaires, notamment la sécheresse vaginale qui peut s'accompagner de dyspareunies d'intromission et s'aggrave avec les années lorsqu'il n'y a pas de traitements hormonaux. L'hypoestrogénie peut également aggraver les troubles urinaires comme l'incontinence urinaire ou les impériosités mictionnelles.
- Les douleurs articulaires fluctuantes dans le temps et pouvant toucher toutes les articulations.

Il existe également des troubles du sommeil et une tendance dépressive.

Ces troubles restent très variables d'une femme à l'autre et peuvent s'exprimer de manière inconstante. Ils peuvent être limités par les règles hygiéno-diététiques comme l'activité physique régulière et un régime alimentaire équilibré. Ces conseils peuvent être délivrés par la sage-femme, qui peut également recommander d'utiliser de l'homéopathie, qui a montré son efficacité grâce à l'effet placebo. Si la femme exprime une altération de sa qualité de vie, un gynécologue pourra être amené à lui proposer un traitement hormonal en l'absence de contre-indications.

Le syndrome génito-urinaire de la ménopause ou SGUM

Le SGUM est un nouveau terme qui regroupe les symptômes de la ménopause au niveau génital tels que la sécheresse vaginale ainsi que les troubles de la sexualité comme les dyspareunies et également les troubles au niveau urinaire tels que l'urgenterie, la dysurie ou encore les infections urinaires à répétition [4].

Ce syndrome est responsable d'une altération majeure de la qualité de vie des femmes ménopausées, qui ne relie pas forcément les symptômes avec la chute des hormones oestrogéniques. C'est pourquoi il est important de les tenir informer et de les encourager à consulter le professionnel de santé adapté à leurs demandes afin de maintenir une qualité de vie correcte.

Au travers de ce mémoire, j'ai émis l'hypothèse que l'épisiotomie pouvait aggraver les symptômes de l'atrophie vulvo-vaginale.

Et la sexualité à la ménopause ?

La qualité de la sexualité est un point important dans la vie des femmes ménopausées aussi bien que chez toutes les femmes, elle fait partie intégrante de la définition de la santé selon l'OMS. La santé sexuelle requiert la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres. Elle est corrélée à ce qu'elle était avant cette période et au désir du couple.

Cependant, les troubles génito-urinaires, et notamment l'atrophie vaginale, peuvent être responsable d'une dyspareunie d'intromission, ce qui complique le rapport par pénétration si le temps d'excitation n'est pas respecté et la lubrification non favorisée par les préliminaires. De plus, il existe un hypodésir sexuel qui peut être expliqué par la chute du taux d'androgènes [5].

A noter que la satisfaction et le désir sexuel peuvent également être impactés par l'avancement dans l'âge car le risque de comorbidités comme les cancers est plus élevé, de même que le risque de prise de traitements médicaux affectant la fonction sexuelle.

La prise en charge des troubles de la sexualité à la ménopause devient de plus en plus importante pour les professionnels de santé. L'important est de questionner l'apparition du trouble, qui peut être lié au changement de période de vie, à l'entente dans le couple ou encore au départ des enfants du foyer familial, afin d'adapter le traitement et de pouvoir rediriger vers les bons praticiens tels que les sexologues.

Il est important en tant que sage-femme, ayant une relation privilégiée avec les patientes, de mettre en avant les règles hygiéno-diététiques pour la ménopause et de favoriser la poursuite d'une sexualité régulière car cela agit en faveur de la satisfaction sexuelle. Les professionnels peuvent également encourager la pratique de la masturbation ainsi que d'une activité sexuelle sans rapport vaginal s'ils sont trop douloureux mais plutôt axé sur d'autres pratiques comme les caresses ou les rapports oro-génitaux afin de maintenir une satisfaction et du plaisir si c'est ce que la patiente recherche.

Une sexualité différente après une épisiotomie ?

À court terme, c'est-à-dire dans les premiers jours après l'accouchement, l'épisiotomie peut être responsable d'hémorragie, d'œdème de la cicatrice ou de douleurs périnéales liées à la cicatrisation ou à des complications comme l'inflammation ou l'infection de la cicatrice. La pratique de l'épisiotomie médiane devrait occasionner moins de sclérose cicatricielle mais elle ne protège pas des atteintes du sphincter anal, ce qui entraîne un risque de trouble de la continence anale.

Il est décrit que dans les premières semaines après l'accouchement, les dyspareunies superficielles sont plus présentes que lorsque qu'il n'y a pas eu d'épisiotomie, mais que les douleurs s'atténuent à partir de 3 mois.

La prévalence des dyspareunies du post-partum immédiat est estimée entre 20 et 50% en fonction des études, de la modalité d'accouchement et de la parité. Ces dyspareunies peuvent être liées à des brides secondaires engendrées par une mauvaise cicatrisation au niveau de la fourchette vulvaire et qui se fissurent lors de la pénétration.

D'après l'étude de Fritel de 2009, il n'existe pas de différence entre les femmes accouchées par césarienne et les femmes accouchées par les voies naturelles pour la prévalence de la dyspareunie à distance de l'accouchement [6].

Qu'en est-t-il après la ménopause ? Aucune étude à notre connaissance n'a abordé le sujet.

La pratique de l'épisiotomie systématique a par le passé été justifiée par le fait qu'elle préviendrait le prolapsus à long terme, or les études montrent qu'elle n'a aucune conséquence sur la descente des organes pelviens [7][8]. Ainsi il n'est plus recommandé de pratiquer l'épisiotomie de façon systématique.

Côté chiffres, selon le réseau sentinelle AUDIPOG, le taux global d'épisiotomie en France était de 47% en 2003 : 68% chez la primipare et 31% chez la multipare [9]. Aujourd'hui, le taux global est de 20%, ce qui correspond à ce qui est recommandé par l'OMS, avec des variations selon les établissements [10]. Par exemple, au CHU de Besançon, 0,4% des parturientes ont subi une épisiotomie en 2016, contre 24% en région parisienne [11]. En 2015 à Nantes, le taux global était de 21%, ce qui est cohérent avec la moyenne nationale.

Hypothèse

Suite à toutes ces constatations, je me suis demandé s'il pouvait y avoir d'autres conséquences de l'épisiotomie à plus long terme, c'est-à-dire à la ménopause.

Ces conséquences pourraient être une résurgence de dyspareunies au niveau de la cicatrice de la lésion périnéale, qui seraient due à l'atrophie vaginale. Celle-ci provoque un rétrécissement et un resserrement de la cavité vaginale, du fait du manque d'imprégnation oestrogénique qui entraîne également une lubrification vaginale nécessitant plus de temps. Une cicatrice étant une partie de la peau fragilisée, la sécheresse et le changement d'élasticité de la muqueuse vaginale pourraient-ils faire surgir des douleurs inattendues ?

Matériel et méthode

Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'identifier s'il existe un lien de cause à effet entre l'épisiotomie faite à l'accouchement et la résurgence de dyspareunies après la ménopause.

Les résultats pourraient permettre une meilleure prise en charge gynécologique et sexologique des femmes ménopausées.

Typologie de l'étude

C'est une enquête observationnelle déclarative de type transversale par auto-questionnaires.

Population

Critères d'inclusion

Femmes ménopausées ayant accouché et ayant eu une épisiotomie ou non

Critères d'exclusion

Femmes non ménopausées

Femmes n'ayant pas accouché

Femmes ayant une pathologie gynécologique ou générale retentissant sur la sexualité

J'ai décidé de ne pas mettre de limite d'âge afin d'inclure les personnes en ménopause précoce.

Outils de l'enquête

Questionnaire

Il est anonyme et composé de 29 questions dont 4 questions ouvertes et 25 questions fermées.

Il est composé de 4 grandes parties :

- Les caractéristiques générales de la personne
- Le suivi gynécologique et les antécédents obstétricaux
- La sexualité depuis la ménopause
- La présence ou non d'une sécheresse vaginale et de dyspareunies.

La première partie concerne les généralités, elle contient des questions faciles et rapides à répondre.

La deuxième partie aborde la sexualité, elle nécessite la mise en confiance de la personne qui répond grâce à la première partie et l'anonymisation des réponses.

Plusieurs personnes ont été sollicitées afin de tester la pertinence des questions avant la diffusion du questionnaire.

Mode de diffusion et de recueil

Le questionnaire a été élaboré sur le site web « Google Forms »

Je l'ai ensuite diffusé sur les réseaux sociaux tel que Facebook, sur les pages concernant la ménopause qui ont accepté de le diffuser.

Durée de l'étude

L'enquête s'est déroulée sur une période de 3 mois : d'octobre à décembre 2019.

Analyse statistique

L'analyse statistique a été effectuée grâce au logiciel en ligne BiostaTGV.

J'ai effectué un test de χ^2 pour la comparaison de variables qualitatives à 2 ou plus de 2 modalités. En cas d'effectif trop petit (inférieurs à 5), j'ai réalisé un test exact de Fisher. On considère que les différences entre deux sous-groupes sont significatives lorsque la p-value est inférieure à 0,05.

Résultats

Flow Chart

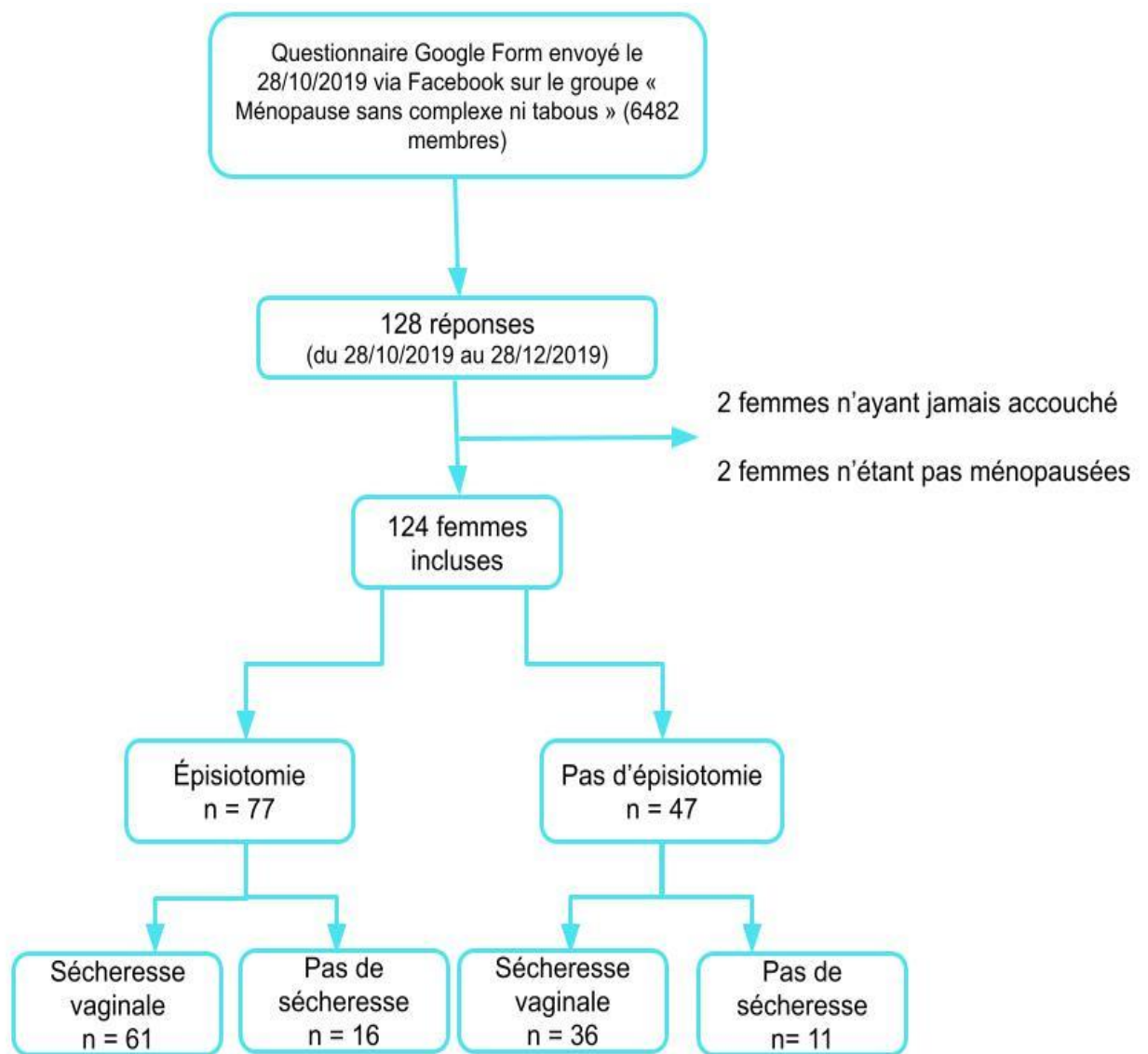


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

Définition de la population

Les questions à commentaires libres seront abordées dans la partie « Discussion ».

124 femmes ont été incluses dans l'enquête (*Figure 1*).

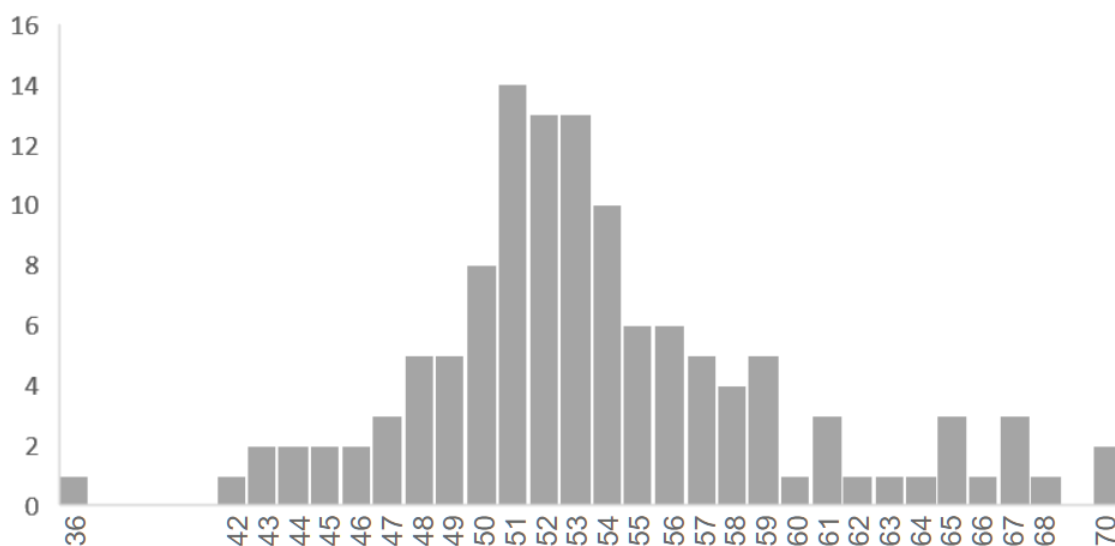


Figure 2 : Répartition des répondantes par âge

La moyenne d'âge des personnes ayant répondu au questionnaire est de 53,6 ans.

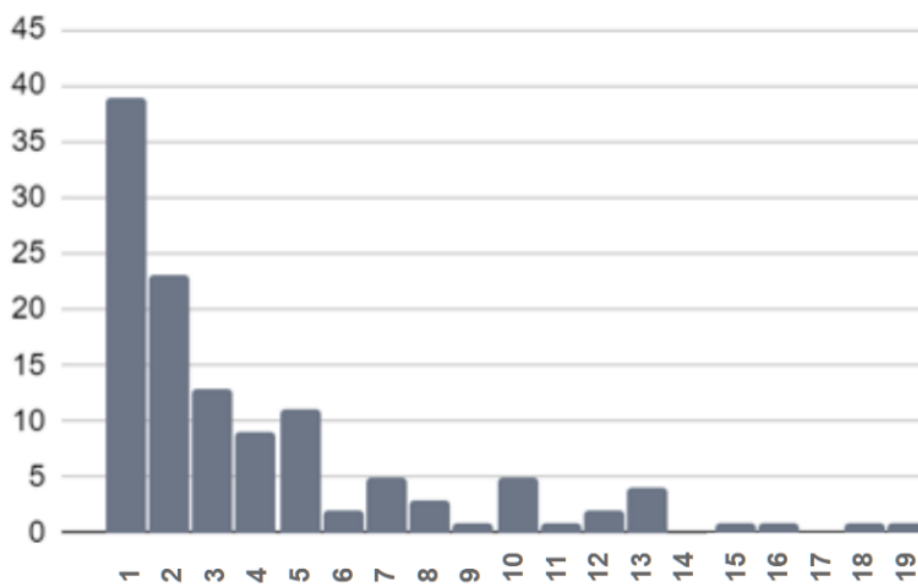


Figure 3 : Nombre d'années depuis le début de la ménopause

La majorité des répondantes sont ménopausées depuis moins de 5 ans.

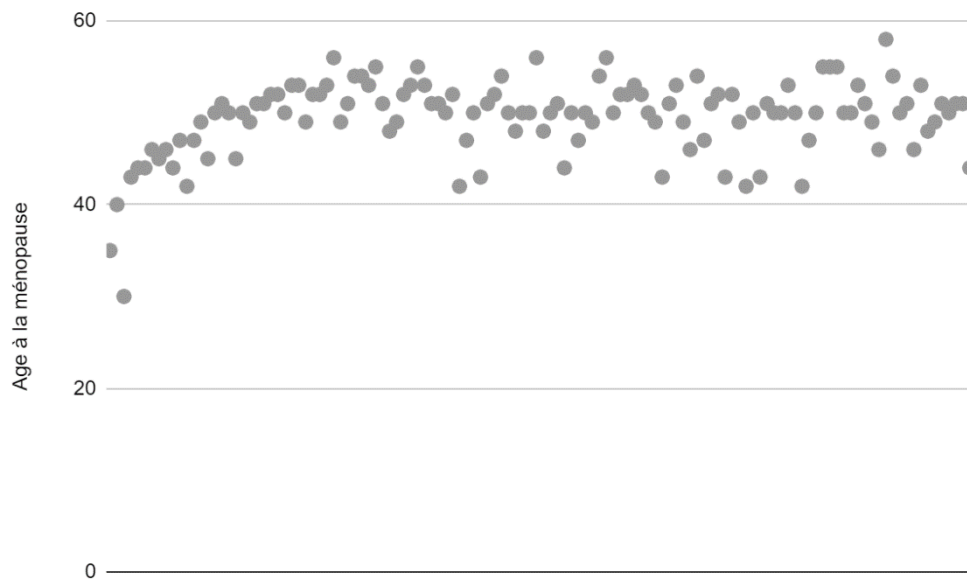


Figure 4 : Répartition des répondantes en fonction de leur âge à la ménopause

L'âge médian de la ménopause est de 50 ans chez les femmes interrogées.

116 femmes sur 124 avaient un suivi gynécologique avant la ménopause, dans 85,5% des cas avec un gynécologue et dans 1,7% avec une sage-femme. Depuis la ménopause, 92 femmes ont maintenu ou commencé leur suivi gynécologique.

34,5% des femmes utilisent un traitement spécifique pour la ménopause ; pour la majorité d'entre elles, elles utilisent un traitement hormonal substitutif.

Concernant le traitement local (hydratant, lubrifiant ou crème à base d'hormones), elles sont 49,1% à en utiliser.

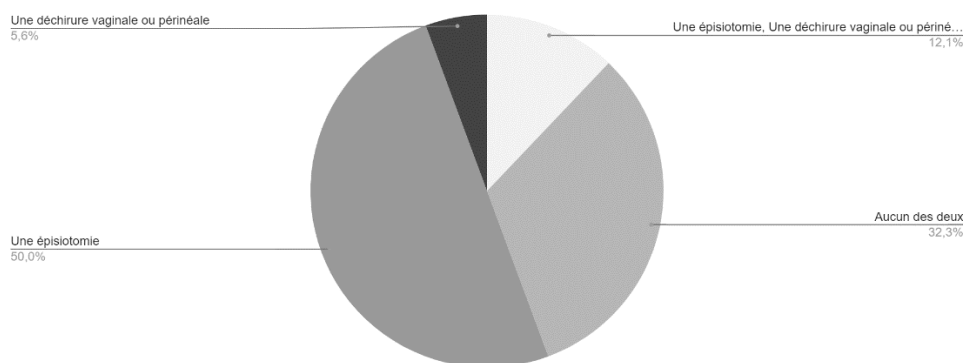


Figure 5 : Présence ou non d'une lésion périnéale chez les répondantes

62,1% des femmes ayant répondu à cette étude affirment avoir subi une épisiotomie associée ou non à une déchirure.

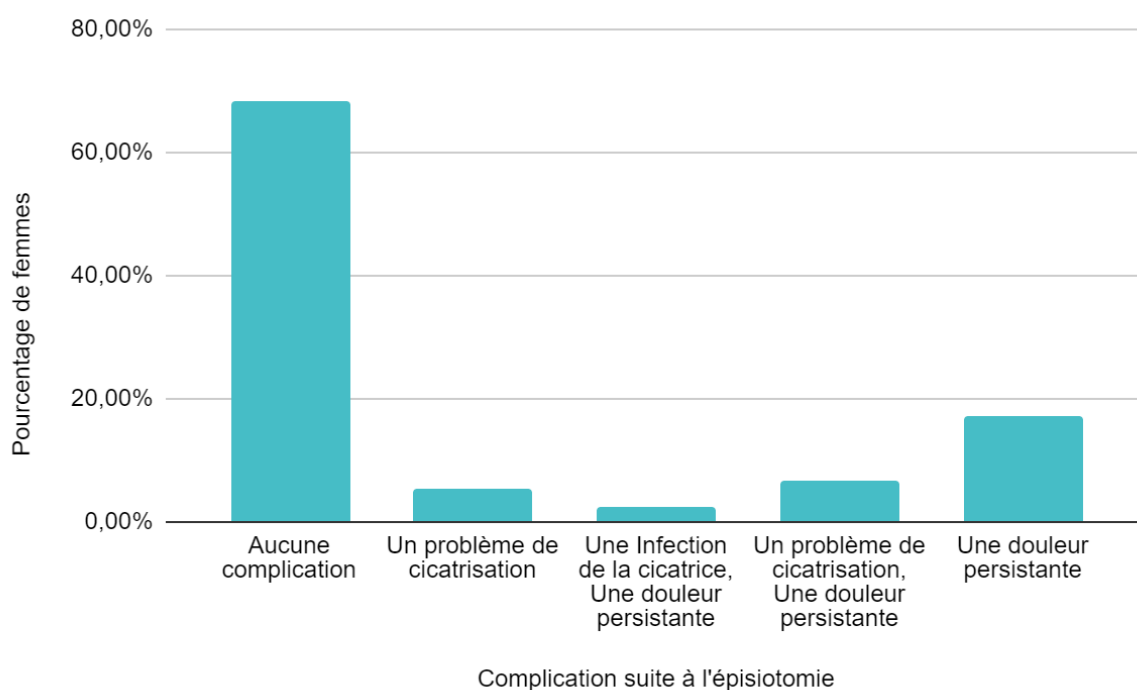


Figure 6 : Présence ou non d'une complication de l'épisiotomie chez les répondantes ayant eu une épisiotomie

Parmi les femmes ayant eu une épisiotomie, 68,4% affirment n'avoir eu aucune complication. 26,6% décrivent une douleur persistante associée ou non à une autre complication comme un problème de cicatrisation ou une infection de la cicatrice.

11 femmes ayant eu une épisiotomie déclarent ressentir encore des conséquences au moment où elles ont répondu à l'enquête, dont 8 ayant eu des complications de leur épisiotomie. Elles précisent notamment ressentir un trouble de la sensibilité (accrue ou inhibée) ou des douleurs au niveau de la cicatrice, certaines indiquent que ces gênes surviennent lors des rapports sexuels. Une des femmes décrit avoir une « raideur de la cicatrice qui a été observée lors de la rééducation périnéale » et une réapparition des douleurs depuis la ménopause.

Leur sexualité depuis la ménopause

Afin de pouvoir étudier l'impact de l'épisiotomie sur la sexualité des répondantes, nous allons séparer les résultats suivants en deux groupes : les femmes ayant eu une épisiotomie et les femmes n'en ayant pas eu.

L'activité sexuelle

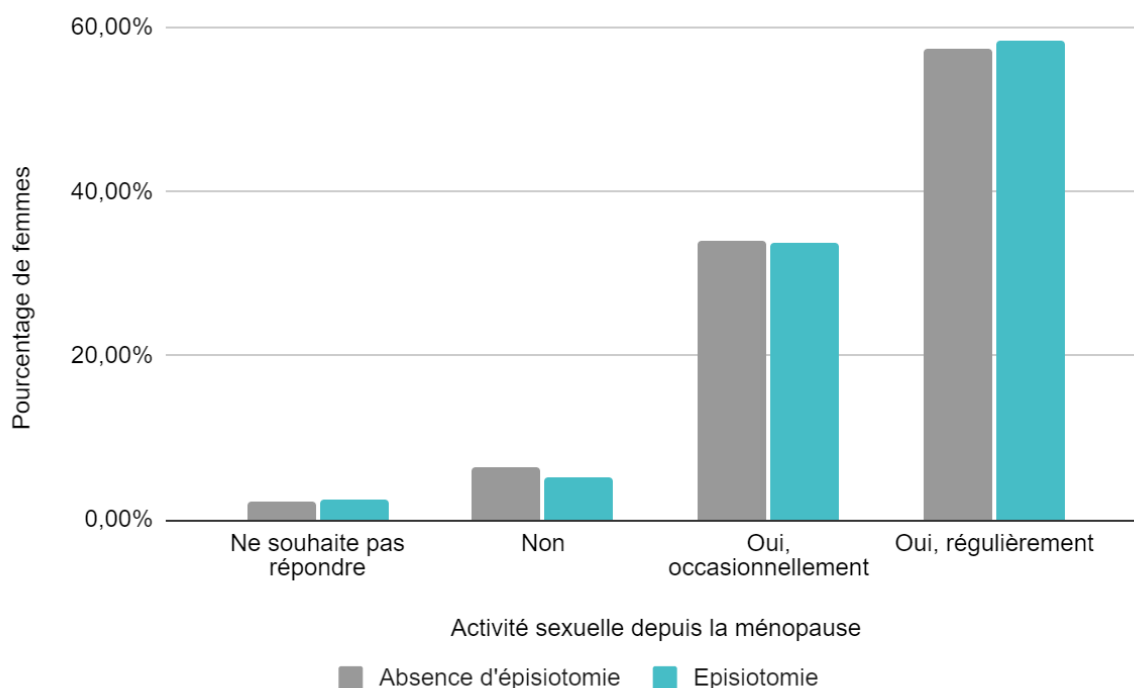


Figure 7 : Réponse des répondantes à la question « Avez-vous une activité sexuelle depuis la ménopause ? »

Dans le groupe des femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie, 91,5% affirment avoir une activité sexuelle. 59,6% affirment pratiquer la masturbation et 87,2% ont des rapports sexuels avec pénétration vaginale.

Dans le groupe des femmes ayant eu une épisiotomie, 92,2% affirment avoir une activité sexuelle. 59,7% affirment pratiquer la masturbation et 89,6% ont des rapports sexuels avec pénétration vaginale.

La fréquence de l'activité sexuelle depuis la ménopause

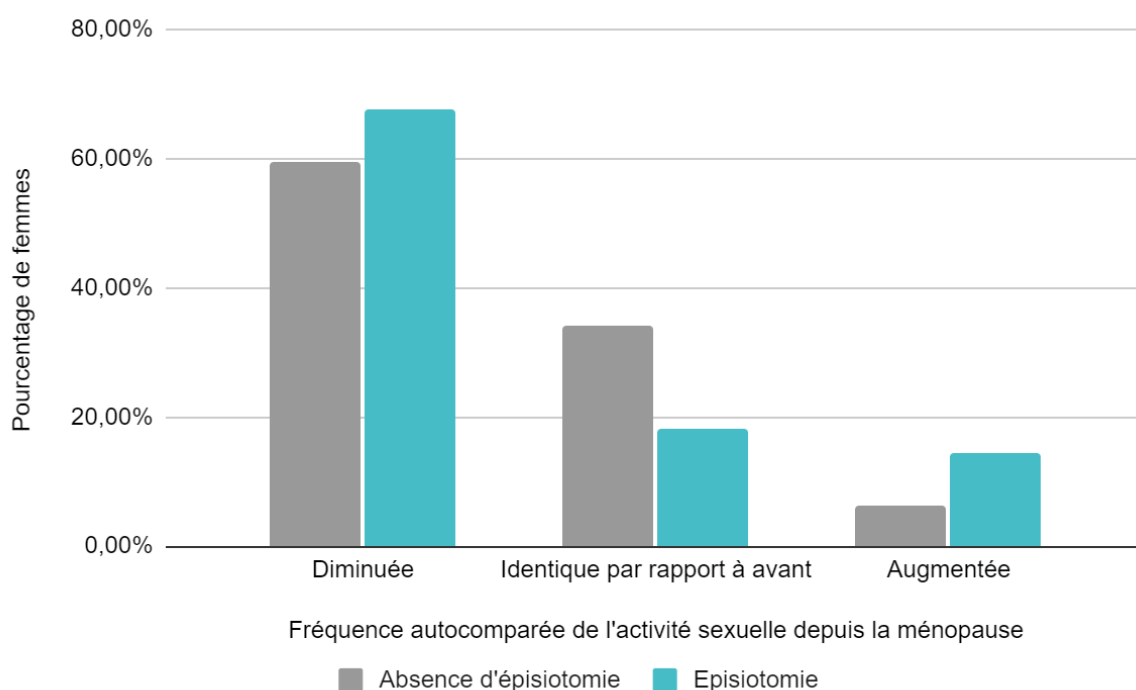


Figure 8 : Fréquence autocomparée de l'activité sexuelle depuis la ménopause chez les répondantes

59,6% des femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie ont remarqué une diminution de leur activité sexuelle depuis la ménopause. 34 % l'évaluent identique par rapport à avant la ménopause.

67,5% des femmes ayant eu une épisiotomie ont remarqué une diminution de leur activité sexuelle depuis la ménopause. 18,2% l'évaluent identique par rapport à avant la ménopause.

Fréquence du ressenti du plaisir sexuel

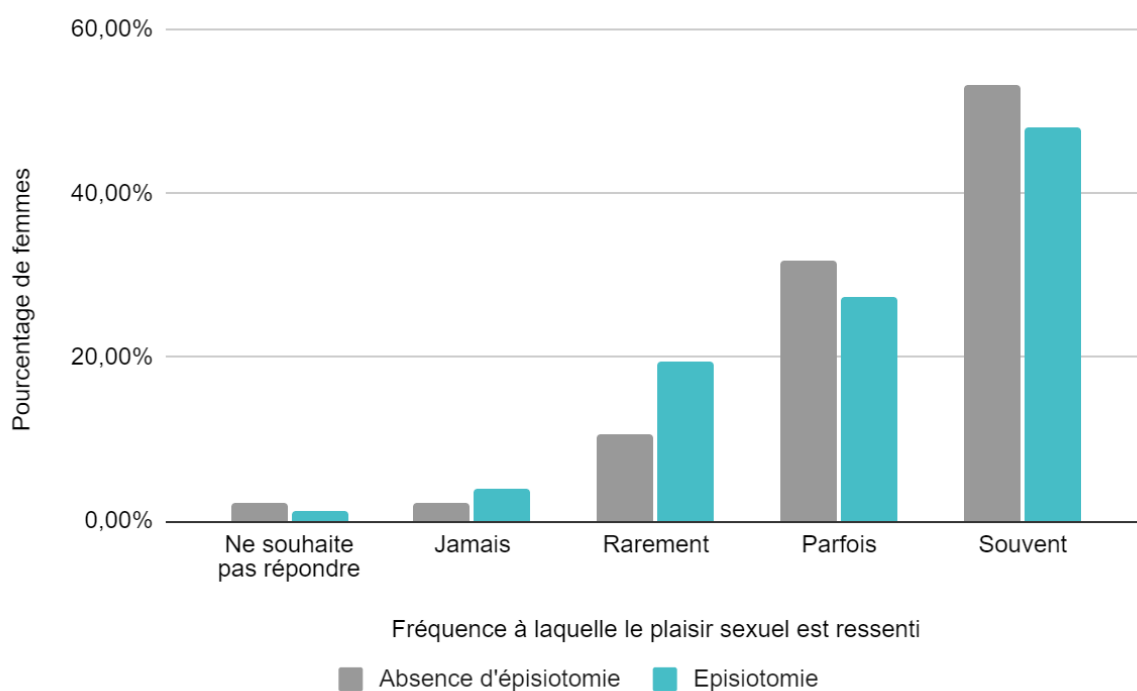


Figure 9 : Fréquence à laquelle le plaisir est ressenti chez les répondantes

95,7% des femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie affirment ressentir du plaisir lors de leur activité sexuelle, plus ou moins régulièrement.

94,9 % des femmes ayant eu une épisiotomie affirment ressentir du plaisir lors de leur activité sexuelle, plus ou moins régulièrement.

Chez les personnes n'ayant pas eu d'épisiotomie, le plaisir est ressenti jamais ou rarement dans 12,8% des cas. Il est ressenti parfois ou souvent dans 85,1% des cas.

Chez les personnes ayant eu une épisiotomie, le plaisir est ressenti jamais ou rarement dans 23,4% des cas. Il est ressenti parfois ou souvent dans 75,3% des cas.

L'appréhension et le stress liés à l'activité sexuelle

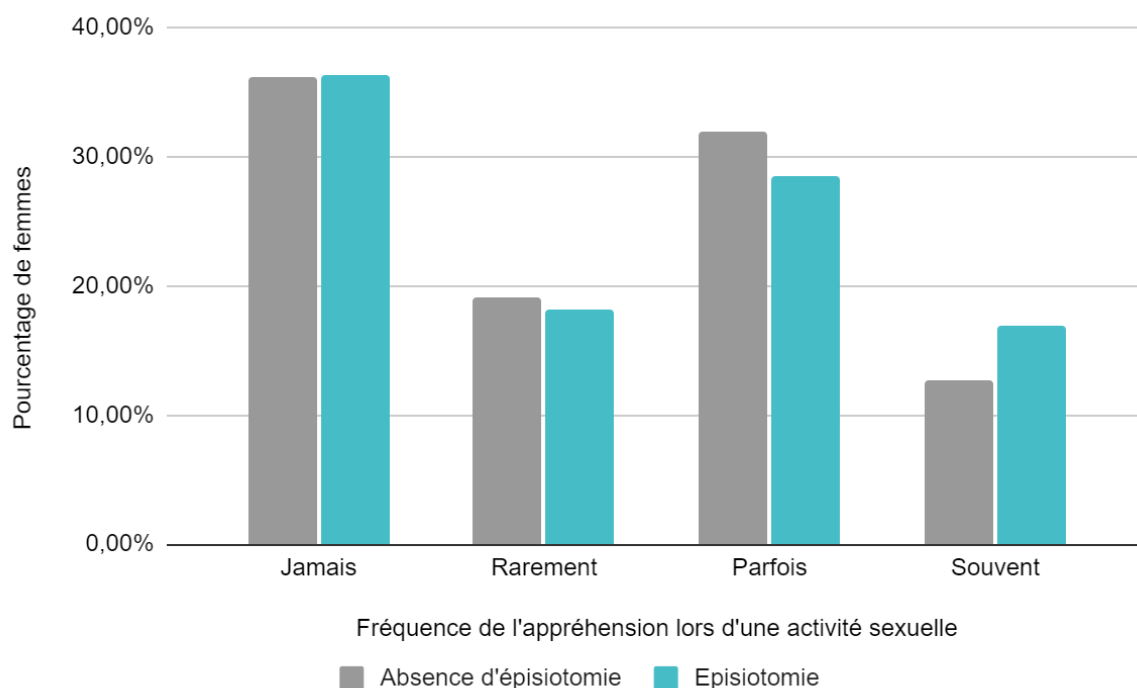


Figure 10 : Appréhension lors de l'activité sexuelle chez les répondantes

63,8% des femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie vivent leur activité sexuelle avec une appréhension plus ou moins fréquente.

63,6% des femmes ayant eu une épisiotomie vivent leur activité sexuelle avec une appréhension, plus ou moins fréquente. Elles sont un peu plus représentées que les autres dans les chiffres des personnes ayant souvent de l'appréhension (16,9% contre 12,8%).

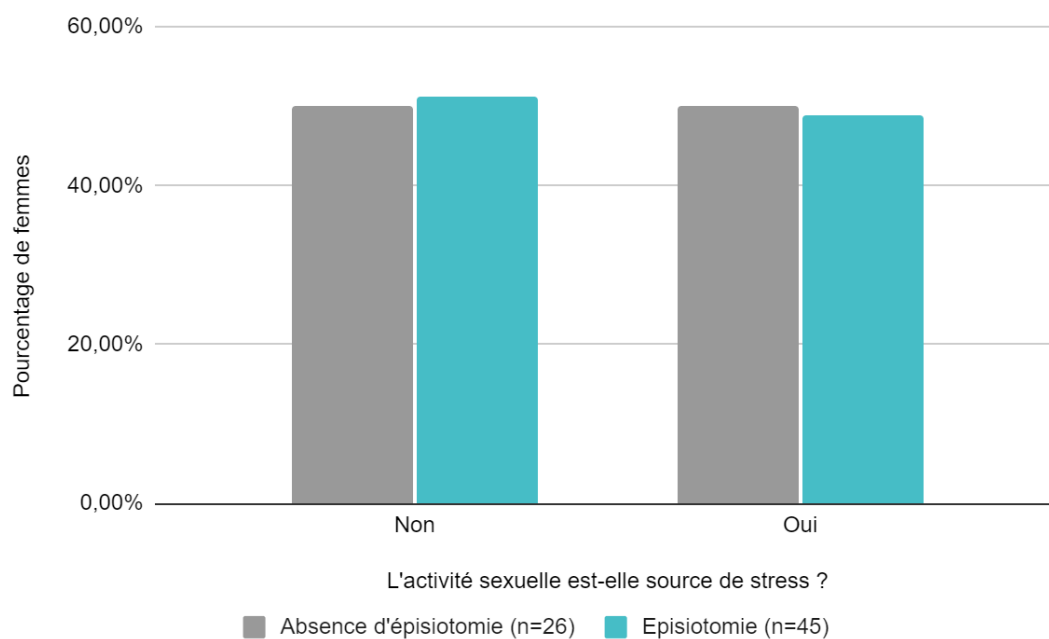


Figure 11 : Activité sexuelle source de stress chez les femmes ayant une appréhension

Lorsque les femmes vivent leur activité sexuelle avec appréhension, c'est une source de stress pour environ 50% des femmes dans les deux groupes.

La sécheresse vaginale

Pour répondre à la question « A quelle fréquence ressentez-vous une sécheresse vaginale ? », les femmes ayant répondu à l'enquête devaient choisir un chiffre entre 0 et 5 sur une échelle, le 0 correspondant à « jamais » et le 5 à « tout le temps ».

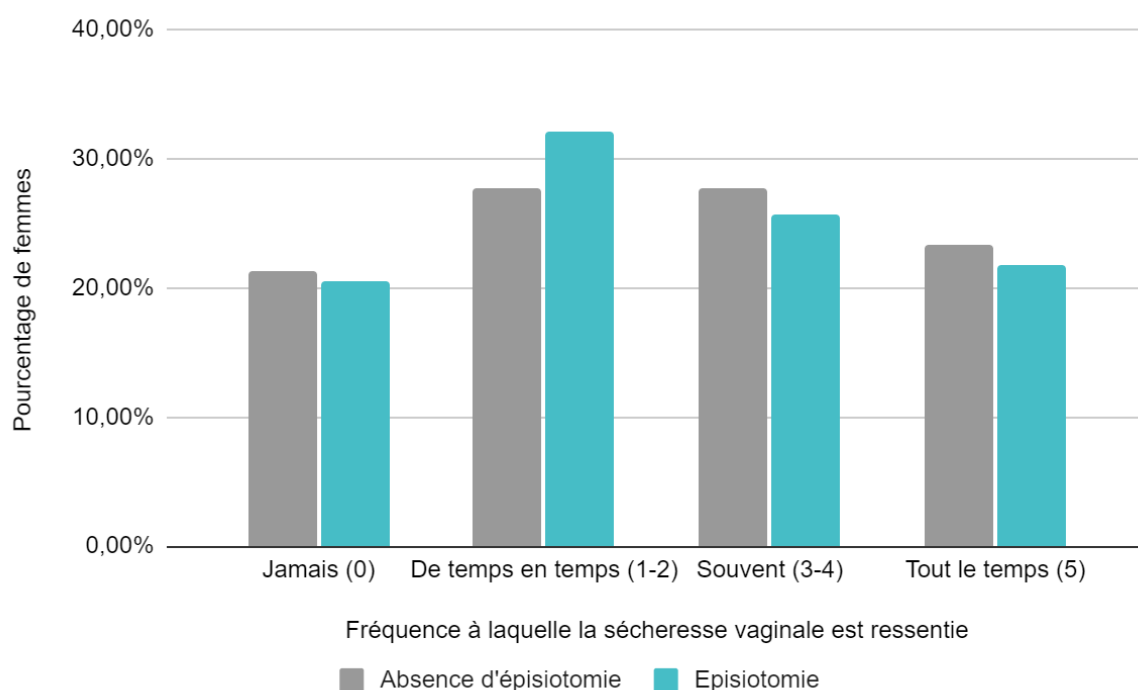


Figure 12 : Fréquence du ressenti de la sécheresse vaginale chez les répondantes

23,4% des répondants n'ayant pas eu d'épisiotomie ressentent une sécheresse vaginale tout le temps depuis la ménopause, 21,3% jamais.

22,1% des répondants ayant eu une épisiotomie ressentent une sécheresse vaginale tout le temps depuis la ménopause, 20,8% jamais.

Parmi les répondantes ressentant une sécheresse vaginale fréquente (degrés 3,4 et 5), 66,7% des femmes qui n'ont pas eu d'épisiotomie utilisent un traitement local (hydratant, lubrifiant ou crème à base d'hormones). C'est le cas pour 72% des femmes dans le groupe avec épisiotomie.

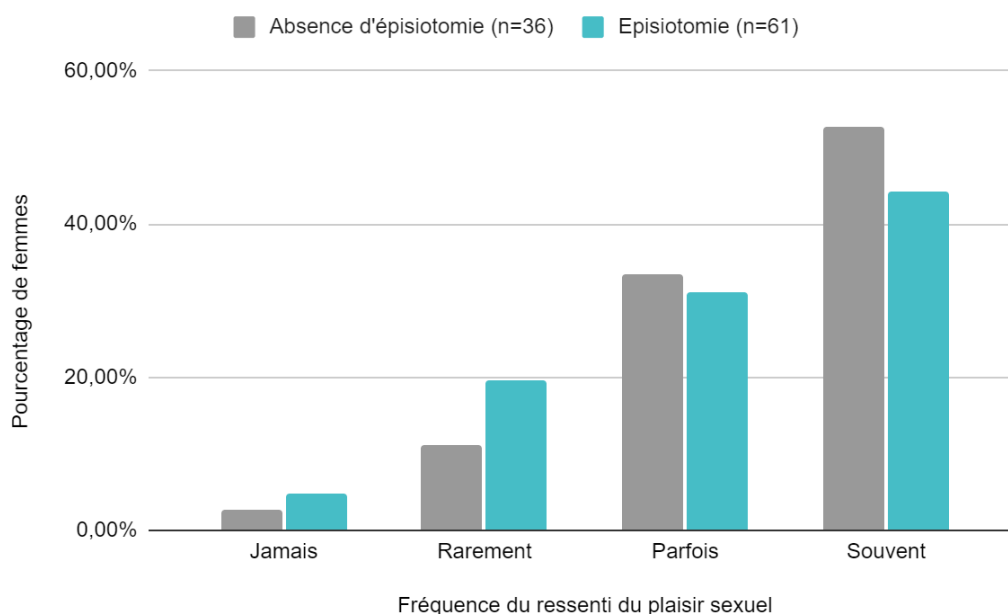


Figure 13 : Fréquence du ressenti du plaisir sexuel parmi les répondantes ayant une sécheresse vaginale

Parmi les répondantes qui ressentent une sécheresse vaginale, 13,9% des femmes d'ayant pas eu d'épisiotomie affirment ne jamais ou rarement ressentir du plaisir lors de leur activité sexuelle, 86,1% déclarent en ressentir parfois ou souvent.

Chez les personnes ayant eu une épisiotomie, le plaisir est ressenti jamais ou rarement dans 24,6% des cas. Il est ressenti parfois ou souvent dans 75,4% des cas.

Celles ayant eu une épisiotomie déclarent ressentir du plaisir souvent dans 44,3% des cas, contre 52,8% pour les personnes n'en ayant pas subi. Cependant la différence n'est pas significative ($p = 0,4$).

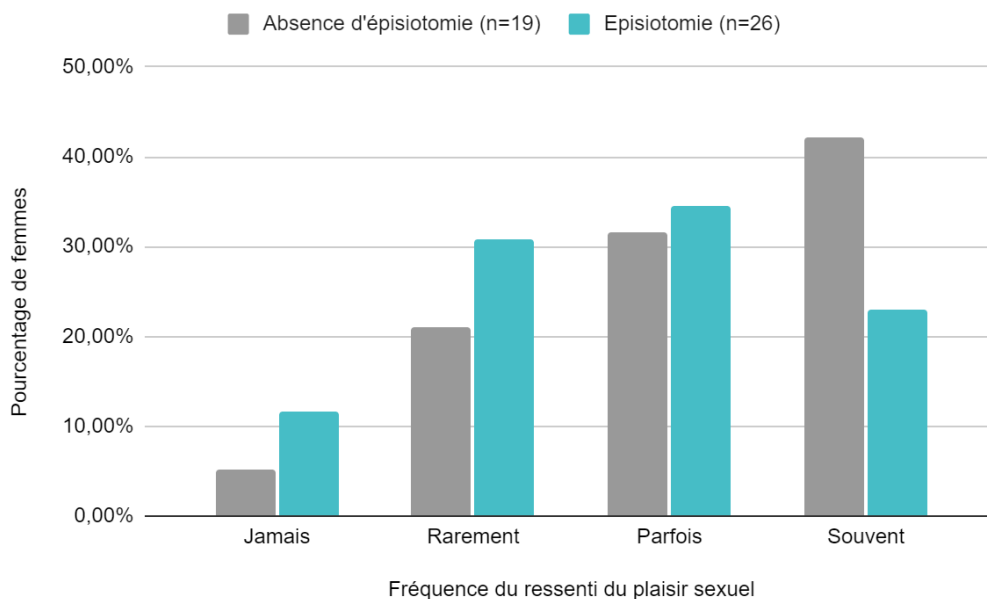


Figure 14 : Fréquence du ressenti du plaisir sexuel parmi les répondantes ayant une sécheresse fréquente (supérieure ou égale à 4)

Parmi les répondantes qui ressentent une sécheresse vaginale, 26,3% des femmes d'ayant pas eu d'épisiotomie affirment ne jamais ou rarement ressentir du plaisir lors de leur activité sexuelle, 73,7% déclarent en ressentir parfois ou souvent.

Chez les personnes ayant eu une épisiotomie, le plaisir est ressenti jamais ou rarement dans 42,3% des cas. Il est ressenti parfois ou souvent dans 57,7% des cas.

Celles ayant eu une épisiotomie déclarent ressentir du plaisir souvent dans 23,1% des cas, contre 42,1% pour les personnes n'en ayant pas subi. Cependant la différence n'est pas significative ($p = 0,2$).

L'inconfort lors de l'activité sexuelle

59,6% des femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie expriment ressentir un inconfort ou douleur lors de leur activité sexuelle.

42.9% des femmes ayant eu une épisiotomie expriment ressentir un inconfort ou douleur lors de leur activité sexuelle.

Le graphique suivant correspond à la question « Comment évaluez-vous cet inconfort ou cette douleur ? » pour les personnes qui ont un inconfort. Pour y répondre, les participantes devaient cocher un chiffre sur une échelle, 0 correspondant à « absente » et 5 correspondant à « insupportable »

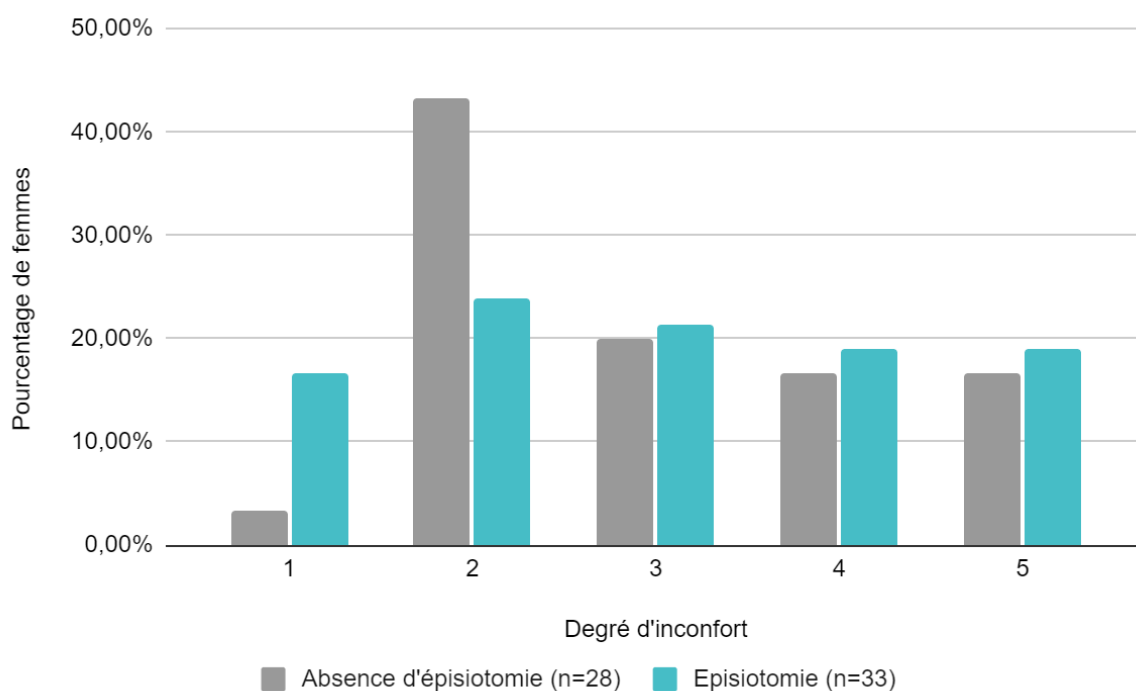


Figure 15 : Evaluation de l'inconfort/la douleur lors de l'activité sexuelle chez les répondantes qui ressentent un inconfort

Les réponses des participantes des deux groupes se répartissent globalement de façon équitable (autour de 20%) sur les différents degrés d'inconfort proposés. Cependant, sur les degrés d'inconfort les plus faibles (1 et 2), les pourcentages sont plus disparates particulièrement pour le groupe sans épisiotomie avec 3,3% de degré évalué à 1 et 43,3% pour le degré évalué à 2.

Lorsque l'on demande aux répondantes qui ont une douleur à quel moment elles le ressentent, la majorité déclare le ressentir lors de la pénétration vaginale, dans les deux groupes. Une minorité déclare que cet inconfort ou douleur est également présent lors de la masturbation par un partenaire ou seule.

J'ai également demandé aux répondantes ayant un inconfort ou des douleurs depuis combien de temps elles le ressentaient. Cela permet pour chacune de comparer cela au commencement de leur ménopause.

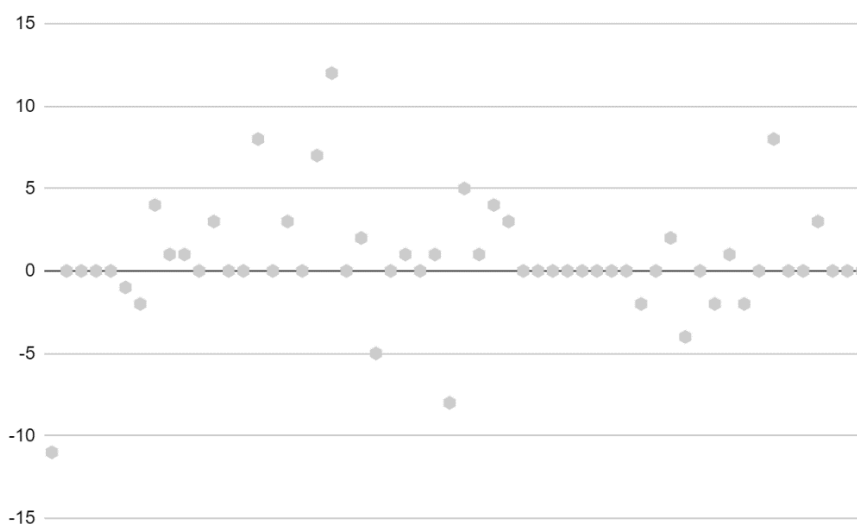


Figure 16 : Nombre d'années séparant la ménopause de l'apparition des douleurs

Sur 56 personnes ayant répondu à cette question, 31 ont affirmé l'avoir remarqué simultanément à l'arrivée de la ménopause, soit 55%, et 9 personnes (16%) qui avaient déjà un inconfort avant la ménopause.

J'ai ensuite demandé aux participantes de localiser leur inconfort ou douleur à l'aide d'un schéma. Plusieurs réponses étaient possibles.

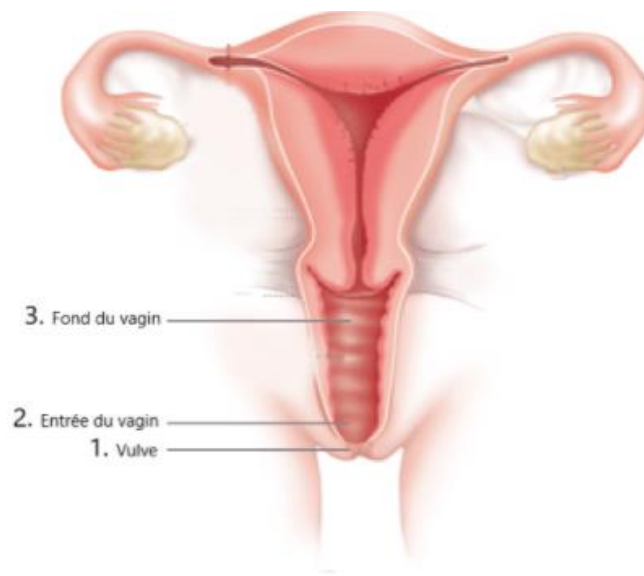


Image 1 : Localisation de la douleur

Dans le groupe des femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie et déclarant ressentir un inconfort ou une douleur lors de leur activité sexuelle (n=28), 39,3% localisent cette inconfort ou douleur au niveau de la vulve (1), 89,3% le localisent à l'entrée du vagin (2) et 21,4% le localisent au fond du vagin (3).

Dans le groupe des femmes ayant eu une épisiotomie et déclarant ressentir un inconfort ou une douleur lors de leurs activité sexuelle (n=33), 36,4% localisent cet inconfort ou douleur au niveau de la vulve (1), 87,9% la localise à l'entrée du vagin (2) et 30,3% la localisent au fond du vagin (3).

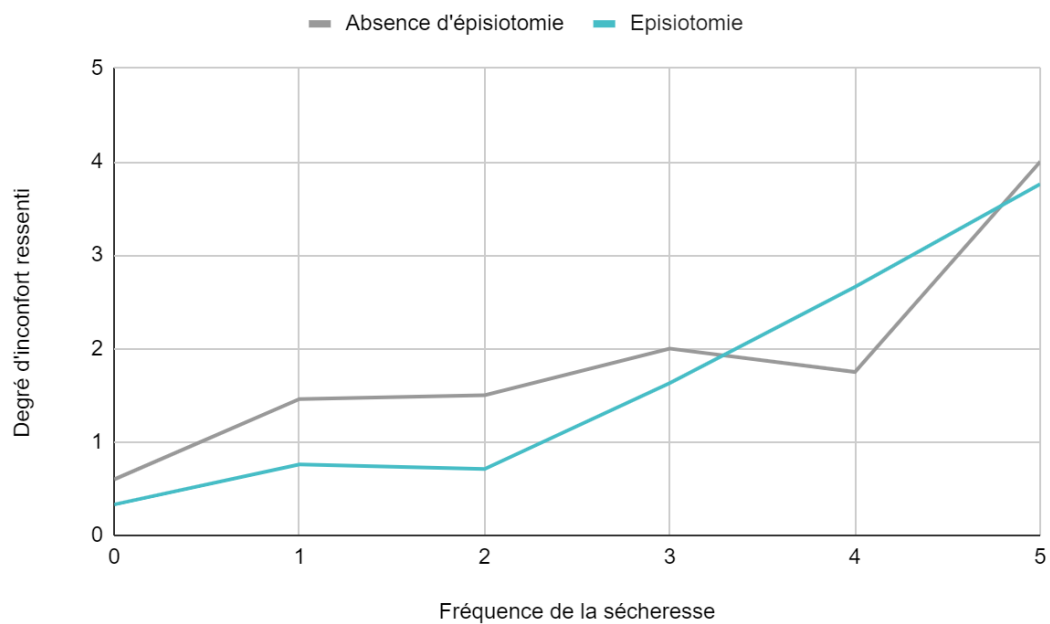


Figure 17 : Degré d'inconfort moyen en fonction de la fréquence de la sécheresse

Quel que soit le groupe, l'évaluation de l'inconfort sexuel augmente avec le degré de sécheresse ressentie. Il y a pour les deux groupes, à sécheresse équivalente, un inconfort équivalent.

Le degré d'inconfort moyen déclaré est d'environ 4 pour une sécheresse présente constamment, et ce dans les deux groupes.

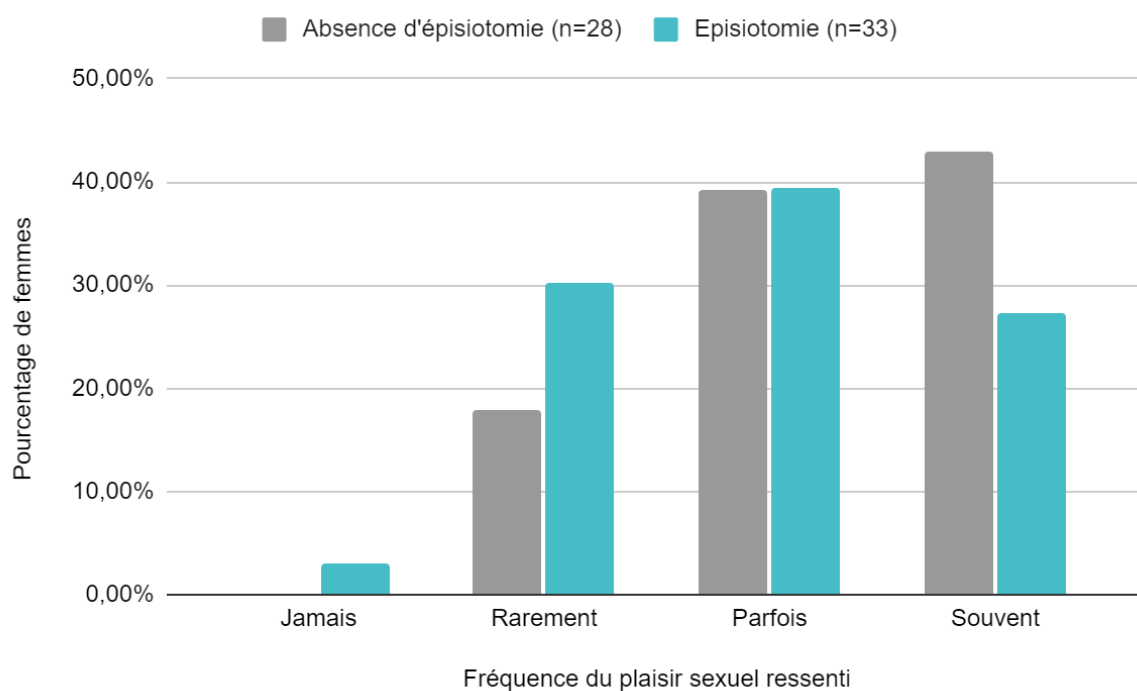


Figure 18 : Fréquence du ressenti du plaisir sexuel chez les répondantes ayant un inconfort sexuel

Parmi les répondantes qui ressentent un inconfort sexuel, celles ayant eu une épisiotomie déclarent ressentir du plaisir souvent dans 27% des cas, contre 42,9% pour les personnes n'en ayant pas subi. Cependant la différence n'est pas significative ($p = 0,2$).

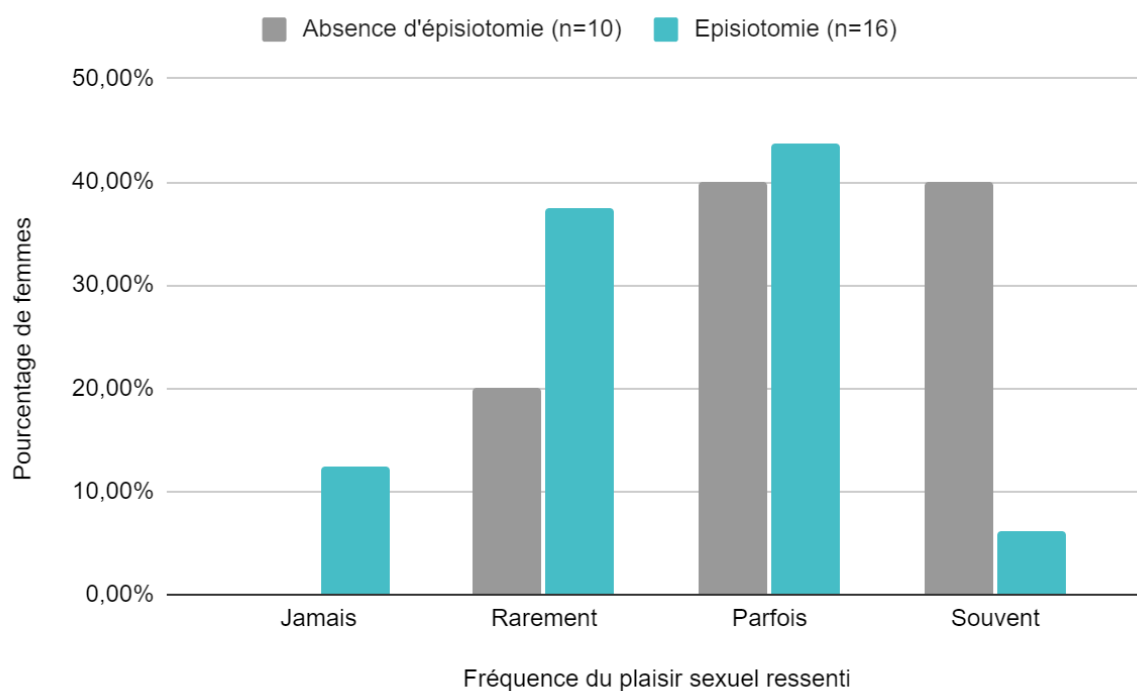


Figure 19 : Fréquence du ressenti du plaisir sexuel chez les répondantes ayant un degré d'inconfort supérieur ou égal à 4

Parmi les répondantes ayant un inconfort à un fort degré (supérieur ou égal à 4), 6,3% ayant eu une épisiotomie décrivent ressentir du plaisir souvent contre 40% pour les personnes n'en ayant pas subi. Cette différence n'est pas significative ($p = 0,05$) lorsque l'on effectue un test exact de Fisher, nos échantillons étant trop petits pour effectuer un test de χ^2 .

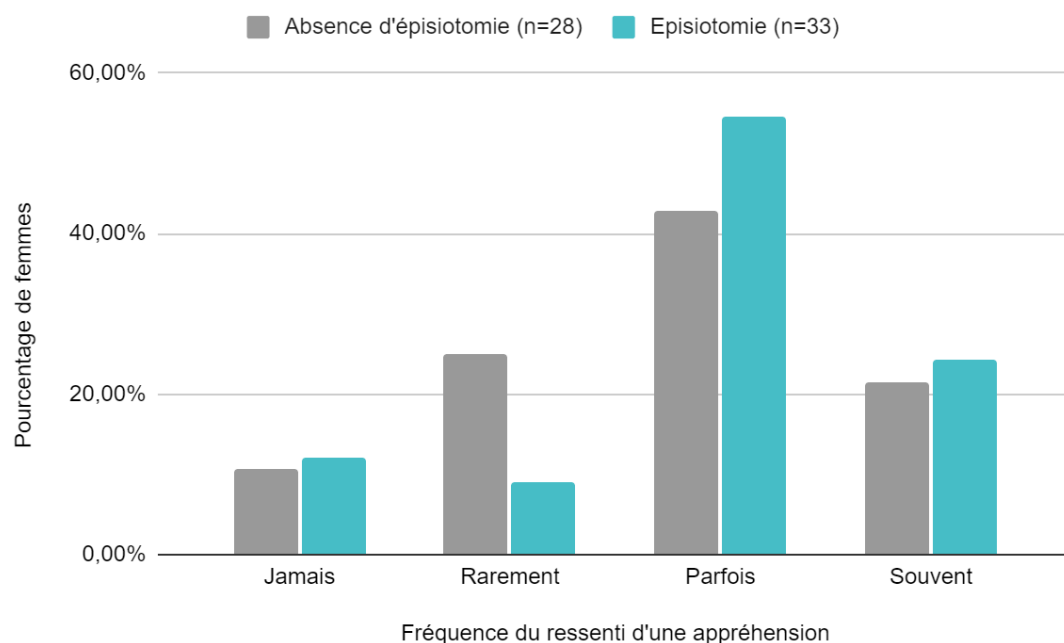


Figure 20 : Fréquence du ressenti de l'appréhension chez les répondantes ayant un inconfort sexuel

La majorité des répondantes décrivant un inconfort ou une douleur lors de l'activité sexuelle ressentent plus ou moins fréquemment de l'appréhension lors des rapports, et cela est valable pour les deux sous-groupes.

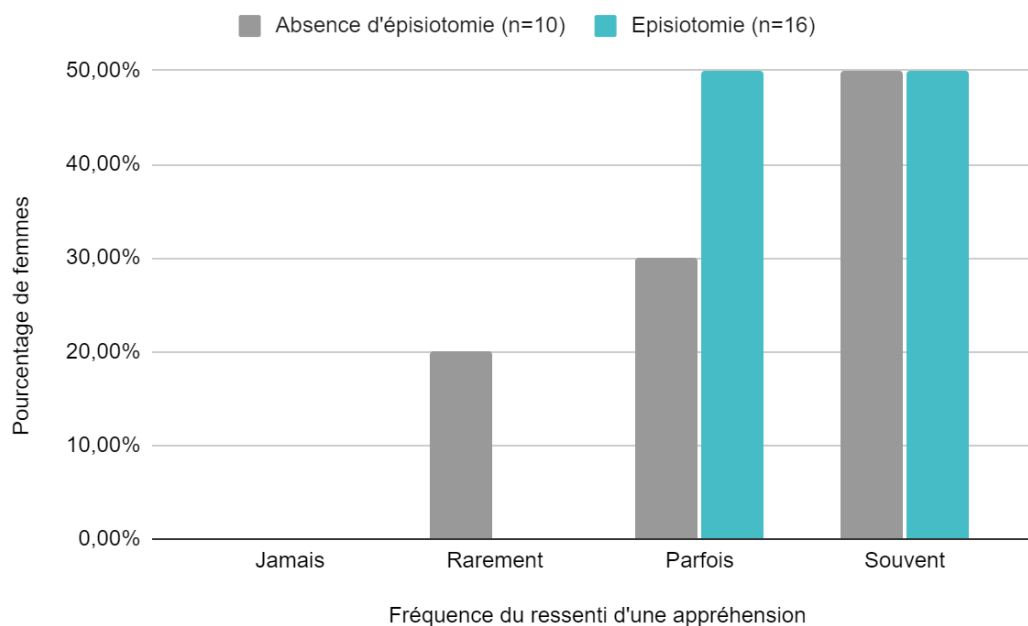


Figure 21 : Fréquence du ressenti de l'appréhension chez les répondantes ayant un degré d'inconfort supérieur ou égal à 4

Parmi les répondantes ayant un inconfort à un fort degré (supérieur ou égal à 4), elles ressentent toutes de l'appréhension, qu'elles aient eu une épisiotomie ou non.

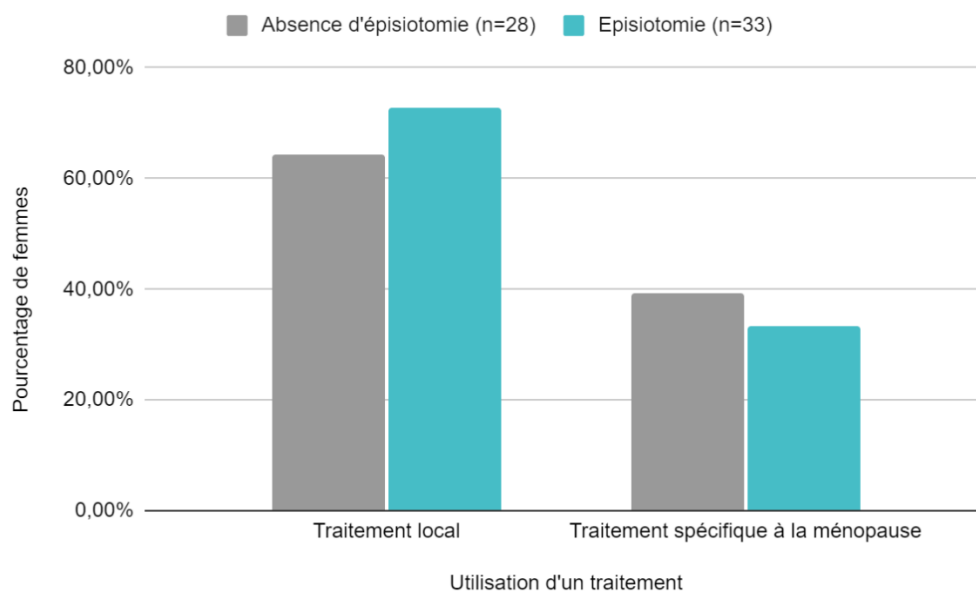


Figure 22 : Utilisation d'un traitement local ou systémique chez les personnes ayant un inconfort

64,3% des répondantes n'ayant pas eu d'épisiotomie utilisent un traitement local pour la sécheresse vaginale contre 72,7% des répondantes ayant eu une épisiotomie.

Auto-évaluation de l'impact de l'épisiotomie sur l'activité sexuelle

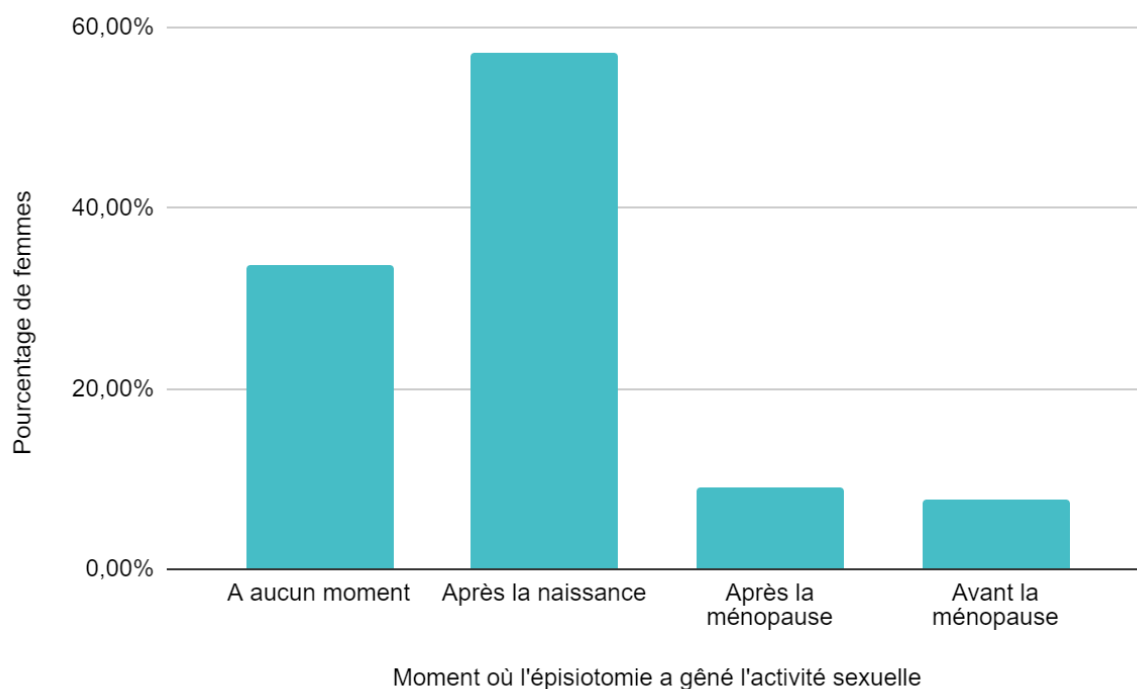


Figure 23 : Auto appréciation des moments où l'épisiotomie a gêné l'activité sexuelle

Parmi les patientes ayant eu une épisiotomie, 57,1% déclarent que celle-ci a gêné leur activité sexuelle après leur accouchement. 9,1% jugent qu'elle gêne toujours leur activité sexuelle après la ménopause.

Interrogées en question ouverte sur l'origine de leur inconfort sexuel, 3 personnes désignent l'épisiotomie comme source de cet inconfort.

Discussion

Analyse des résultats

L'hypothèse principale de ce mémoire était que le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) pouvait faire resurgir des douleurs au niveau de la cicatrice de l'épisiotomie s'il y 'en avait eu une lors d'un accouchement.

Il s'agit d'un travail original qui n'a pas été étudié, puisqu'on ne retrouve aucune référence bibliographique sur le sujet. Il existe de nombreuses études sur la ménopause ainsi que sur l'impact de l'épisiotomie sur la sexualité en post-partum mais aucune sur ce potentiel impact à très long terme. Cette étude se veut donc être une première approche sur ce sujet, qui est donc difficile à appréhender.

Certaines études évaluent d'autres conséquences de l'accouchement et de l'épisiotomie à la ménopause, comme l'étude iranienne de Hakimi et al. qui montre que l'épisiotomie est un facteur majeur d'incontinence anale et de prolapsus à la ménopause [12]. Cependant elle n'aborde pas la sexualité des répondantes.

Avec les données récoltées, nous avons pu présenter une grande partie de nos résultats sous forme de graphiques comparatifs entre nos deux sous-populations, afin de mettre en évidence un éventuel aggravement de l'atrophie vaginale causée par la ménopause chez une personne ayant subi une épisiotomie lors de son accouchement.

Les données générales

La majorité des répondantes sont ménopausées depuis 5 ans ou moins (*Figure 3*). C'est en partie dû au fait que le questionnaire ait été partagé via des groupes où les nouvelles personnes ménopausées viennent chercher des réponses sur leur situation.

L'âge médian à la ménopause dans la population étudiée est de 50 ans, ce qui correspond à ce qu'on retrouve dans de nombreuses études et articles sur la ménopause dont le groupe d'étude de la ménopause et du vieillissement hormonal (GEMVi) [13].

Le taux d'épisiotomie chez les répondantes est de 66,7% (*Figure 5*), ce qui correspond au taux d'épisiotomie observé à la fin des années 90 chez les primipares d'après l'enquête nationale périnatale de 2010 [14].

Focus sur la ménopause

Une sécheresse vaginale est présente chez la majorité des femmes interrogées. Si environ 20% des répondantes déclarent ne jamais en ressentir, les autres connaissent toutes une sécheresse plus ou moins fréquente, avec environ 20% déclarant l'observer constamment (*Figure 12*). La prévalence de la sécheresse dans cette étude est cohérente avec celle retrouvée dans d'autres enquêtes, comme dans la European REVIVE survey publiée en 2016 [15].

Cette sécheresse ressentie par la plupart des répondantes est l'un des symptômes principaux de la ménopause, il est donc logique de l'observer ici.

On peut noter également que les deux sous-groupes comparés dans cette étude n'ont pas de différences notables vis-à-vis de la fréquence de cette sécheresse.

Les répondantes qui souffrent fréquemment de sécheresse utilisent des traitements locaux dans une proportion plus élevée que dans la population générale. Cette proportion est équivalente dans les deux sous-groupe (72% pour celles qui ont une épisiotomie et 66,7% pour celles n'en ayant pas eu)

La sexualité depuis la ménopause

Activité sexuelle

Les deux sous-groupes étudiés pratiquent une activité sexuelle dans les mêmes proportions, et avec une même fréquence (*Figure 7*). Il en va de même pour la pratique de la masturbation.

La ménopause semble d'ailleurs avoir impacté similairement l'activité sexuelle des répondantes des deux groupes, il n'y a donc pas de différence flagrante en comparant les taux de diminution de l'activité sexuelle à la ménopause dans les deux cas (*Figure 8*).

L'inconfort pendant l'activité sexuelle

Lors de la ménopause, la sécheresse ressentie peut avoir un impact sur la sexualité des femmes. Cela se confirme dans nos résultats : plus la sécheresse est fréquente chez nos répondantes, plus le degré d'inconfort qu'elles indiquent ressentir est fort (*Figure 17*).

Cet inconfort se manifeste pour la plupart des répondantes au début de la ménopause, probablement du fait de l'hypo-œstrogénie (*Figure 16*) et reste présente au moment de remplir le questionnaire, malgré le fait qu'elles aient un suivi gynécologique.

Dans nos sous-groupes, un inconfort est observé plus fréquemment chez le groupe qui n'a pas subi d'épisiotomie (59,6% contre 42,9%).

Les répondantes ont ensuite eu la possibilité de détailler leur inconfort sous la forme d'une échelle de 0 à 5 (absente à insupportable). Comme il s'agit d'un ressenti, il y'a forcément un biais ici. La sensibilité des répondantes joue grandement dans leur réponse.

Du fait de ce biais, nous pouvons considérer la répartition des degrés d'inconforts indiqués comme similaire dans les deux groupes étudiés, car les seules disparités observées se font sur des degrés d'inconfort voisins (*Figure 15*).

On n'observe ainsi pas de différence de résultat en regroupant les inconforts de la façon suivante : Faible (1-2), Moyen (3), Fort (4-5).

En grande majorité, les répondantes interrogées au sujet de l'origine de cet inconfort en commentaire libre indiquent d'elles-mêmes qu'il est dû à une sécheresse accrue. Il est intéressant de noter que 3 répondantes indiquent l'épisiotomie comme étant la source de leur inconfort actuel. Il est cependant difficile de savoir si elles ont des raisons fondées pour penser cela, ou si le titre du questionnaire et sa présentation (mentionnant comme objectif le fait de mettre en valeur « l'impact d'une lésion vulvaire et/ou vaginale lors de l'accouchement, sur la sexualité à la ménopause ») et les questions posées ont pu influencer leur réponse.

Quant à la localisation de l'inconfort, la majorité des douleurs ressenties correspondent à des dyspareunies d'intromission, et ce, dans des proportions équivalentes pour les deux groupes (*Image 1*).

Le plaisir sexuel

De manière générale, le plaisir ressenti est globalement similaire dans les deux groupes étudiés (*Figure 9*). Il y a légèrement plus de personnes ayant subi une épisiotomie parmi les personnes qui affirment ne jamais ressentir de plaisir, et un peu moins chez celles qui en ressentent souvent, mais cette différence reste négligeable.

D'après l'étude de M. F. Osborn parue dans le British journal of hospital medicine en 1983, la sécheresse vaginale est responsable de dyspareunies et par conséquent a un impact sur la libido et le plaisir sexuel des femmes ménopausées [16].

Cela se vérifie chez nos répondantes : lorsqu'il y a un inconfort ou une douleur ressentie au cours de l'activité sexuelle, nous pouvons observer qu'il est plus rare pour les personnes ayant subi une épisiotomie de ressentir souvent du plaisir que chez le second groupe (42,9% pour le groupe sans épisiotomie, contre 27,3% pour le groupe avec épisiotomie) (*Figure 18*).

Ainsi, l'impact de l'inconfort observé sur le plaisir sexuel des répondantes semble accru chez celles qui ont subi une épisiotomie. Il semblerait que les personnes n'ayant pas subi d'épisiotomie ont plus de facilité à surpasser leur inconfort, même lorsque celui-ci est fort, et à éprouver du plaisir. Une partie des personnes ayant subi une épisiotomie et subissant un inconfort semblent avoir des difficultés à éprouver du plaisir, particulièrement lorsque cet inconfort est intense. Lorsque l'inconfort est évalué à 4 ou plus, 6,3% seulement des personnes ayant subi une épisiotomie ressentent souvent du plaisir, contre 40% pour les personnes n'en ayant pas subi (*Figure 19*). Le nombre de répondantes dans ce sous-groupe n'est cependant pas suffisant pour effectuer un test de significativité.

L'inconfort étant souvent une conséquence de la sécheresse, nous obtenons des résultats similaires en comparant le plaisir des deux groupes en fonction de la fréquence de sécheresse qu'elles ressentent (*Figures 13 et 14*).

On pourrait supposer que cet écart est dû à un facteur indépendant, comme la prise ou non de traitement pour pallier à la sécheresse, et donc prévenir les inconforts lors des rapports. Cependant, la prise de traitement est similaire dans les sous-populations étudiées qui présentent un inconfort, que ce soit pour les traitements locaux ou systémiques (*Figure 22*). De plus, des études ont montré que même s'ils pouvaient être efficaces sur les symptômes du SGUM, les traitements hormonaux de la ménopause ont un effet partiel et inconstant [17], ce qui explique que des douleurs restent présentes malgré l'utilisation de traitements.

Ce biais étant écarté, nous pouvons nous demander pourquoi les traitements ne semblent parfois pas suffire pour surmonter l'inconfort lié à la sécheresse chez les personnes ayant subi une épisiotomie. En effet, il semblerait que les traitements utilisés permettent à de nombreuses répondantes n'ayant pas subi d'épisiotomie de ressentir tout de même du plaisir, malgré un inconfort élevé, ce qui n'est pas le cas pour l'autre population.

Il serait donc possible que cette différence puisse être due à la cicatrice de l'épisiotomie. Si les lésions liées à l'épisiotomie provoquent des dyspareunies d'intromission supplémentaires à celles causées par la ménopause, un simple traitement local à visée hydratante pourrait ne pas suffire à entraîner une élasticité suffisante pour permettre un rapport sexuel avec pénétration sans douleur, ce qui expliquerait une baisse de plaisir. Les traitements systémiques quant à eux ne semblent pas toujours prévenir le SGUM, et n'empêchent donc pas non-plus cette situation.

L'appréhension et le stress lors de l'activité sexuelle

Le pourcentage de personnes vivant leur activité sexuelle avec appréhension est similaire dans les deux groupes, à noter une légère différence sur la fréquence de ce ressenti : les femmes ayant eu une épisiotomie semblent la ressentir légèrement plus souvent (16,9 contre 12,8% mais cette donnée n'est pas significative car les sous-groupes sont trop petits) (*Figure 10*).

Là encore, l'inconfort sexuel est un facteur déterminant sur la présence de cette appréhension. Ainsi, il y'a une présence beaucoup plus forte de l'appréhension chez les répondantes qui déclarent ressentir un inconfort, et ce dans les deux groupes (*Figure 20*). Nous pouvons noter que l'appréhension est plus forte ici aussi chez le groupe ayant subi une épisiotomie.

Cette différence est d'autant plus marquée lorsque l'inconfort est élevé (*Figure 21*).

L'appréhension se traduit souvent par un stress chez les répondantes, et a donc un réel impact sur leur quotidien. Il est intéressant de noter que l'appréhension est plus présente chez les personnes ayant subi une épisiotomie, ce qui pourrait être la traduction d'un impact plus intense des manifestations de la ménopause sur la sexualité de ces répondantes.

Questions ouvertes

Dans le questionnaire, certaines questions laissent la libre parole aux répondantes qui peuvent donner des détails sur leur ressenti.

Il leur a été demandé si elles ressentent encore des conséquences de leur épisiotomie au moment de répondre au questionnaire : 15 personnes affirment que oui et la plupart précisent que ce sont des douleurs pendant les rapports sexuels. Certaines réponses sont plus précises, une personne affirme avoir « *une raideur de la cicatrice observée lors de la rééducation périnéale* » et précise ensuite que ses douleurs sont réapparues.

Quant à la satisfaction de la sexualité, elle est variable selon les répondantes et correspond aux autres données analysées précédemment. Beaucoup profitent de cette question pour exprimer des plaintes et semblent déçues des changements apportés par la ménopause, notamment la baisse de libido à laquelle elles ne semblent pas préparées : « *ma libido a presque disparue* », « *au cercle des libidos disparues* », « *la chute hormonale est assez impitoyable avec la libido, c'est assez surprenant* ». Certaines évoquent également le côté social au sein du couple : « *J'aimerais plus d'activité sexuelle, mais mon partenaire n'est plus très attiré par notre sexualité* ». Plus rarement, certaines évoquent un changement positif avec l'arrivée de la ménopause : « *Mieux qu'avant car je me sens plus libérée et ma libido est en hausse depuis la ménopause.* », « *C'est une libération.* »

Quelques répondantes mentionnent une efficacité et nécessité de leur traitement : « *Sans les crèmes à base d'hormones type Gydrelle la pénétration est impossible trop douloureuse* », « *Inexistante au début de ma ménopause, manque total de désir, et douleurs lors des rapports. Depuis le traitement hormonal, on revit!! Et je prends à nouveau beaucoup de plaisir* », « *Pour ma part la ménopause a d'abord engendré une baisse de libido la 1ère année surtout et sécheresse vaginale, 1 traitement de quelques jours suffit pour régler le problème quand cela est nécessaire* ».

Au vu des réponses récoltées, il semble exister une vraie détresse au niveau de leur sexualité depuis la ménopause. Beaucoup mentionnent la baisse nette du désir : « *Je n'ai plus de désir pour mon ami* », ou de plaisir « *Les sensations physiques ont changé depuis la ménopause, je n'ai plus vraiment de zones érogènes* ». Certaines montrent également qu'elles ne trouvent pas les réponses à leurs questions, comme celle qui écrit « *Comment faire pour retrouver une sexualité normale ?* ».

On peut mettre en évidence un manque crucial d'informations des femmes sur le sujet avant l'arrivée de leur ménopause : « *J'ai perdu ma libido avec la ménopause et aussi mon ressenti ça été un choc brutal auquel je ne m'attendais pas du tout* ».

D'autres femmes ont également fait part de leurs pistes pour maintenir une sexualité satisfaisante : « *La ménopause ne signe pas l'arrêt de la sexualité, c'est plutôt une nouvelle page qui s'ouvre.* », « *Malgré quelques inconforts de la ménopause, je me sens encore plus femme qu'avant et plus libérée* ».

Une personne a pu observer une amélioration de la prise en charge, un sujet qui devient de moins en moins tabou au fur et à mesure du temps : « *Les praticiens se préoccupent plus de ce thème-là, en proposant des solutions au lieu de culpabiliser les femmes...* ».

Il est important de rappeler que la vie en couple peut quand même avoir lieu avec juste de l'affection et pas forcément une sexualité. Une des personnes me précise qu'elle a trouvé des alternatives avec son partenaire, et qu'ils sont plus à l'écoute l'un de l'autre, elle recommande de « *chercher une satisfaction sans pénétration obligatoire, caresses recommandées...* », une notion de la sexualité qui reste trop peu abordée avec les couples pour lesquels un acte sexuel correspond forcément à une pénétration. Nous pouvons d'ailleurs observer dans ses réponses que sa sexualité n'est pas source de stress ni d'appréhension malgré des douleurs à la pénétration et lors de la masturbation.

Limites de l'étude

Cette étude est descriptive, cela correspond à un faible niveau de preuve scientifique selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [18].

Le recrutement des femmes sur les réseaux sociaux s'est avéré compliqué car il fallait cibler les bons groupes de femmes ménopausées, sachant qu'il en existe peu en France et que les quelques associations françaises de patientes ménopausées ne sont pour la plupart plus très actives aujourd'hui ou sont difficiles à contacter.

Un biais de sélection peut être mis en évidence car les femmes présentes sur les réseaux sociaux sont celles ayant le plus souvent des plaintes. De plus, les réponses au questionnaire sont basées sur le principe du volontariat, ce qui ne permet pas de cibler le plus grand nombre de personnes. Les échantillons sont trop petits, surtout lorsqu'on sépare les répondants en plusieurs sous-groupes, ce qui rend certaines données inexploitable en l'état et ne me permettent donc pas de faire des tests de significativité.

Un biais de mémoire est aussi présent dans cette étude, notamment sur le type de lésion périnéale à l'accouchement, qui date de plusieurs années. En effet, les femmes savent plus souvent qu'elles ont eu des points de suture plutôt que le type de lésion qu'elles ont subi. De plus, l'accouchement étant un moment fort et intense, les parents ne retiennent pas forcément les détails de celui-ci.

Du fait que cette étude porte sur un sujet intime avec des questions parfois intrusives et tabous, les réponses pourraient ne pas toujours être honnêtes, ce qui constituerait un autre biais. Ce biais peut être considéré comme limité car l'étude s'est présentée sous la forme d'un auto-questionnaire et que les données collectées sont anonymes.

De plus, les réponses peuvent être orientées par l'intitulé des questions ainsi que le titre du questionnaire en lui-même. Les femmes interrogées ont eu accès aux objectifs du questionnaire, ce qui pourrait avoir faussé certaines réponses.

Une autre des difficultés rencontrées est que l'outil utilisé ne permet pas toujours facilement de limiter l'accès à certaines questions en fonction des réponses choisies précédemment. Ainsi, il y a parfois des questions dont l'intitulé stipule « Si oui, » auxquelles des personnes qui ont répondu « non » à la question précédente répondent. Ces réponses sont donc écartées des données, car nous ne pouvons pas affirmer que les répondantes se sont trompées en répondant à la première question.

Un autre obstacle vient également du fait que, quelle que soit la sous-population étudiée, une part importante de femmes ménopausées semble avoir des difficultés avec leur sexualité. Il semble difficile pour nombreuses d'entre-elles de s'adapter à leur corps changeant, et l'utilisation de lubrifiant ne suffit pas toujours pour compenser la sécheresse vaginale. Il n'est donc pas possible de comparer efficacement les données correspondant à la présence ou non d'un inconfort.

Cet inconfort est évalué par les répondantes sur une échelle numérique, ce qui permet de comparer plus précisément celui-ci. Cependant, cette évaluation étant subjective, il est difficile de déterminer quel groupe a le plus d'inconfort lorsque deux sous-populations sont comparées.

Il est cependant possible de croiser l'inconfort auto-évalué avec d'autres données pouvant caractériser celui-ci, comme le plaisir ressenti lors de l'activité sexuelle, ou l'appréhension vis-à-vis de celle-ci.

Ouvertures

Je ressors de mon étude plusieurs axes d'amélioration pour une meilleure prise en charge des femmes ménopausées, notamment celles ayant subi des lésions périnéales lors d'un accouchement mais aussi toutes les autres, car comme démontré dans ce mémoire, la ménopause amène pour beaucoup de la détresse.

Tout d'abord, il est primordial de les informer, idéalement avant la ménopause, à quoi elles doivent s'attendre. Le suivi médical doit être adapté aux symptômes décrits par la patiente, et afin de faire ressortir tous ces symptômes, les bonnes questions doivent être posées, complètes et compréhensibles par toutes.

Ensuite, si besoin, un traitement peut être mis en place, et celui-ci doit correspondre au choix de la patiente. Par exemple, si elle refuse le traitement hormonal, on abordera avec elle les alternatives, toutefois en précisant qu'elles peuvent être moins efficaces.

Un des points les plus importants est de maintenir le suivi gynécologique après la ménopause, tant pour suivre l'efficacité du traitement mis en place, que pour poursuivre le dépistage des cancers gynécologiques, qui ont une fréquence d'apparition plus importante avec l'avancement dans l'âge. J'ai pu remarquer dans mes résultats qu'une partie des répondantes a cessé son suivi gynécologique à l'arrivée de la ménopause, ce qui peut nous questionner sur l'impact que cela a pu avoir sur la gestion de leur inconfort.

Enfin, il ne faut pas omettre le côté psychologique qui peut être perturbé lors de la ménopause, en proposant un suivi psychologique ou encore un suivi sexologique lorsque la patiente décrit des soucis dans son couple, ou lorsque les traitements ne sont pas assez efficaces pour permettre une sexualité épanouie, et que des alternatives au niveau des pratiques peuvent être proposées.

Conclusion

La qualité de vie des femmes ménopausées peut être fortement impactée par le syndrome génito-urinaire de la ménopause car il entraîne un inconfort important. En effet, une majorité des répondantes à cette étude ont une sexualité difficile due à des dyspareunies d'intromission liées à la sécheresse vaginale, quel que soit leur vécu précédent et même lorsqu'un traitement est mis en place.

Il est important de noter qu'elles expriment beaucoup de plaintes vis-à-vis de ces changements et qu'elles sont en recherche de réponses, d'où l'importance de la poursuite du suivi gynécologique des femmes ménopausées ainsi que la prise en charge médicamenteuse ou non du SGUM [16].

Elles poursuivent pour une grande majorité leur activité sexuelle même lorsqu'elles ressentent moins de plaisir et plus d'appréhension. Ces deux données sont des indicateurs assez parlants pour qualifier un inconfort sexuel.

Si en règle générale, les répondantes ayant eu une épisiotomie à l'accouchement ne décrivent pas une sexualité différente des autres, nous constatons tout de même un plaisir moindre et une plus forte appréhension lorsque l'inconfort est élevé ou que la sécheresse est très fréquente. Nous pouvons donc supposer que ces différences sont dues à la cicatrice de l'épisiotomie, provoquant, avec la sécheresse vaginale, des dyspareunies plus intenses. Il serait donc intéressant de mener une étude à plus grande échelle, ou ciblant spécifiquement les femmes ménopausées ressentant des douleurs et une sécheresse vaginale, afin de confirmer les hypothèses explorées au sein de ce mémoire.

La sexualité étant impactée par de nombreux facteurs (problèmes médicaux, psychologiques, sociaux ou liés au couple), il est primordial d'en discuter lors du suivi gynécologique. Cet accompagnement est d'autant plus important pour les personnes ménopausées, dont on sait qu'elles sont sujettes à des dysfonctions de la sexualité plus fréquentes.

La sage-femme est un interlocuteur privilégié pour évoquer ces problèmes auxquelles les femmes peuvent être confrontées car elle a les compétences pour effectuer le suivi gynécologique tout au long de la vie de la femme. Elle peut aider à la prise en charge des dysfonctions sexuelles après la ménopause en redirigeant les femmes vers d'autres professionnels ou en proposant des consultations de sexologie lorsqu'elle a été formée.

Bibliographie

Livres

[1] RACCAH-TEBEKA B., PLU-BUREAU G., *La ménopause en pratique*, novembre 2019, Elsevier Masson, 352 pages, ISBN : 9782294743726

[2] LOPES P., POUDAT F.-X., *Manuel de sexologie*, 2007, Masson, 451 pages, ISBN : 978-2-294-01810-7.

[3] COURTOIS F., BONIERBALE M., *Médecine sexuelle : fondements et pratiques*, 2016, Lavoisier, 496 pages. ISBN : 978-2-257-20652-7.

Articles

[4] H.-K. Kim, S.-Y. Kang, Y.-J. Chung, et al., *The Recent review of the genitourinary syndrome of menopause*, J Menopausal Med, août 2015, vol. 21, p.65-71 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561742/> [Consulté le 02/12/2019]

[5] K. Thornton, J. Chervenak, G. Neal-Perry, *Menopause and Sexuality*, Endocrinol Metab Clin North Am., septembre 2015, vol. 44, p.649-661. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5994393/> [Consulté le 08/11/2019]

[6] X. Fritel. *Césarienne et troubles génitosexuels du post-partum*. Pelvi-périnéologie, Springer Verlag, octobre 2009, vol. 4, p.207-212. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00422695/document> [Consulté le 23/04/2021]

[7] V. Handa, J. Blomquist, K. McDermott, et al., *Pelvic Floor Disorders After Childbirth: Effect of Episiotomy, Perineal Laceration, and Operative Birth*, Obstet Gynecol, février 2012, vol. 119, p.233-239 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266992/> [Consulté le 13/12/2019]

[8] R. de Tayrac, L. Panel, G. Masson, et al., *Épisiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales*, J Gyn Obstet, février 2006, vol. 35, p. 24-31 <https://www.em-consulte.com/en/article/118006> [Consulté le 13/12/2019]

[9] F. Vendittelli, D. Gallot, *Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ?*, J Gyn Obstet, février 2006, vol 35, p.12-23 <https://www.em-consulte.com/en/article/118005> [Consulté le 13/12/2019]

[10] B. Coulm, C. Bonnet, B. Blondel, *Enquête nationale périnatale*, octobre 2017, p.14-52 http://www.xn--epop-insermebb.fr/wpcontent/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf [Consulté le 30/10/2019]

[11] N. Philippot, *Au CHU de Besançon, le taux d'épisiotomie le plus bas de France*, juillet 2017. <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/au-chu-de-besancon-le-taux-d-episiotomie-le-plus-bas-de-france-1501000228> [Consulté le 13/12/2019]

[12] S. Hakimi et al., *Prevalence and Risk Factors of Urinary/Anal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Healthy Middle-Aged Iranian Women*, J Menopausal Med., avril 2020, vol. 26, p. 24-28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32307947/> [Consulté le 24/04/2021]

[13] GEMVi, Fiche information aux patientes, 2020, http://www.gemvi.org/documents/fiche-info-patiente-menopause-THM.pdf?fbclid=IwAR3Y_oWVp0f-6y6QEwK8IAV_ntc74MJga2ZCb85Utk3YLzeLaAugfyin108 [consulté le 24/04/2021]

[14] B. Blondel, M. Kermarrec, *Enquête nationale périnatale 2010*, mai 2011, p.5 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf [Consulté le 24/04/2021]

[15] RE Nappi et al., *Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey*. Climacteric J Int Menopause Soc., avril 2016, vol. 19, p. 188-97.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4819825/#:~:text=Objectives%20The%20aim%20of%20the,sample%20of%20European%20postmenopausal%20women>.
[Consulté le 26/04/2021]

[16] MF Obsorn, *Sexual problems in obstetrics and gynaecology*, Br J Hosp Med. Octobre 1983 Oct, vol. 30, p.264-268
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6685551/> [Consulté le 25/04/2021]

[17] C. Hocke et al. *Syndrome génito-urinaire de la ménopause*, Gynecol Obstet Fertil Senol, mars 2021
<https://www.em-consulte.com/article/1434591/syndrome-genito-urinaire-de-la-menopause-sgum-rpc> [Consulté le 24/04/2021]

[18] HAS, *Etat des lieux : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*, avril 2013
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf [Consulté le 23/04/2021]

Annexes

I- Questionnaire

Ménopause et sexualité

Bonjour, je suis étudiante sage-femme en dernière année à Nantes.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je vous partage ce questionnaire sur l'impact d'une lésion vulvaire et/ou vaginale lors de l'accouchement, sur la sexualité à la ménopause.

Ce questionnaire est destinée à toutes les personnes ménopausées, qu'elles aient ou non déjà accouché et restera anonyme.

***Obligatoire**

1. 1. Quel âge avez-vous ? *

2. 1.2. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Salarié.e
- ☐ Employé.e
- ☐ Cadre
- ☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- ☐ Profession libérale
- ☐ Retraité.e
- ☐ Sans emploi
- ☐ Autre :

3. 2. Depuis combien d'années êtes-vous ménopausé.e ? *

4. 3. Avez-vous un traitement spécifique pour la ménopause ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. 3.1. Si oui :

Plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Un traitement hormonal
- ☐ Un traitement non hormonal
- ☐ Ne sait pas

6. 4. Aviez-vous un suivi gynécologique avant votre ménopause ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. 4.1. Si oui :

Plusieurs choix possibles
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Avec une sage-femme
- ☐ Avec un gynécologue
- ☐ Avec un médecin généraliste

8. 5. Avez-vous un suivi gynécologique actuellement ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

9. 6. Avez-vous déjà accouché ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

10. 6.1. Si oui, avez-vous eu :

Plusieurs choix possibles
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Une épisiotomie
- ☐ Une déchirure vaginale ou périnéale
- ☐ Aucun des deux

11. 6.1.1. Si oui, avez vous eu :

Plusieurs choix possibles
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Un problème de cicatrisation
- ☐ Une Infection de la cicatrice
- ☐ Une douleur persistante
- ☐ Aucune complication

12. 6.2. Ressentez-vous encore des conséquences de cette déchirure/épisiotomie aujourd'hui ? Si oui, pouvez-vous me préciser lesquelles ?

Passez à la question 13.

Votre sexualité depuis la ménopause

13. 7. Avez-vous une activité sexuelle depuis la ménopause ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, régulièrement
- ☐ Oui, occasionnellement
- ☐ Non
- ☐ Ne souhaite pas répondre

14. 7.1. Que diriez-vous de la satisfaction votre sexualité depuis la ménopause ?

15. 7.3. Pratiquez-vous la masturbation ? (autostimulation ou stimulation par un partenaire des parties génitales ou des zones érogènes dans le but de provoquer du plaisir sexuel) *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne souhaite pas répondre

16. 7.4. Avez-vous des rapports avec pénétration vaginale ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

17. 7.2. Diriez-vous que depuis la ménopause votre activité sexuelle est :

Une seule réponse possible.

- ☐ Identique par rapport à avant
- ☐ Diminuée
- ☐ Augmentée

18. 7.5. Ressentez-vous du plaisir lors de votre activité sexuelle ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais
- ☐ Ne souhaite pas répondre

19. 7.6. Vivez-vous votre activité sexuelle avec appréhension ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

20. 7.6.1. Si oui, est-elle source de stress ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

21. 8. Ressentez-vous une sécheresse vaginale ? *

Une seule réponse possible.

[illegible]

22. 8.1. Utilisez-vous un traitement local (appliqué au niveau de la vulve)?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Hydratant (à base d'acide hyaluronique ou autre)
- ☐ Lubrifiant
- ☐ Crème ou gel à base d'hormones (Colpotrophine®, Trophicrème®, Gydrelle®)

23. 9. Ressentez vous un inconfort ou des douleurs lors d'une activité sexuelle ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je n'ai pas d'activité sexuelle

24. 9.1. Si oui :

Plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ A la pénétration
- ☐ Quand je me masturbe
- ☐ Quand quelqu'un me masturbe

25. 9.2. Depuis combien d'années ?

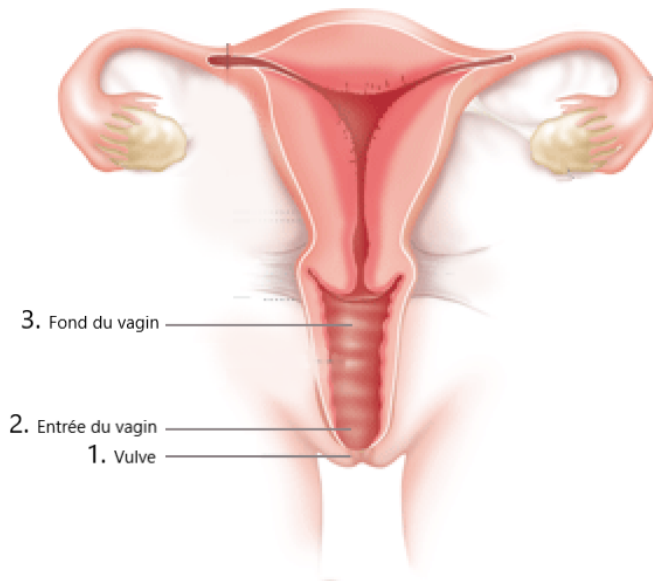
26. 9.3. Comment évaluez-vous cet inconfort ou cette douleur ?

Une seule réponse possible.

[illegible]

27. 9.4. A quel endroit ressentez vous cet inconfort ou cette douleur ?

(Plusieurs choix possibles)



Plusieurs réponses possibles.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Autre : _____

28. 9.5. Connaissez-vous la cause de cet inconfort ou de cette douleur ? Si oui, quelle est-elle ?

29. 10. Si vous avez eu une déchirure/épisiotomie, pensez-vous qu'elle a gêné votre activité sexuelle :

Plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Après la naissance
- ☐ Avant la ménopause
- ☐ Après la ménopause
- ☐ A aucun moment

Passez à la question 30.

Merci beaucoup pour votre participation à ce questionnaire.

30. Avez-vous un commentaire à ajouter ?

Fourni par



Résumé

INTRODUCTION : La ménopause est responsable de nombreux désagréments, notamment une sécheresse vaginale liée à une hypoestrogénie, pouvant être responsable de dyspareunies. Les femmes actuellement ménopausées ont pu accoucher lors d'une période où la fréquence de la réalisation d'une épisiotomie était très importante, c'est pourquoi il était intéressant de mener une étude pour savoir si la cicatrice périnéale due à l'épisiotomie pouvait être responsable d'une majoration des douleurs lors des rapports sexuels à la ménopause.

OBJECTIF : L'objectif de cette étude est d'identifier s'il existe un lien de cause à effet entre l'épisiotomie faite à l'accouchement et la résurgence de dyspareunies après la ménopause.

METHODES : Pour répondre à la problématique, une étude fondée sur la distribution d'un questionnaire en ligne a été conduite. 124 femmes ont répondu au questionnaire envoyé sur une page Facebook dédiée aux femmes ménopausées.

RESULTATS : Nous avons comparé 77 femmes ménopausées ayant eu une épisiotomie à 47 femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie. Les réponses montrent un réel impact de la sécheresse vaginale (présente chez 78% des répondantes) sur l'inconfort sexuel (présent chez 49,2% des répondantes). Cet impact semble être aggravé chez les personnes ayant subi une épisiotomie, sans qu'une différence significative n'ait pu être objectivée.

CONCLUSION : Ce mémoire met en valeur le fait qu'il existe une détresse des femmes sur leur sexualité à la ménopause, ce qui mériterait une prise en charge plus approfondie et une meilleure information sur cette période obligatoire de la vie.

Parmi les professionnels de santé impliqués dans l'information et la prise en charge, la sage-femme a sa place pour établir un diagnostic et proposer des solutions thérapeutiques.

MOTS-CLES : ménopause, épisiotomie, sexualité, sécheresse, syndrome génito-urinaire de la ménopause, qualité de vie