



UNIVERSITÉ DE POITIERS

**FACULTÉ DE MÉDECINE ET
PHARMACIE DE POITIERS**



ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

La sexualité des femmes durant leur première grossesse et jusqu'à un an du post-partum

Étude de cohorte prospective multicentrique – 282 femmes enceintes nullipares suivies
pendant 15 mois

Mémoire soutenu le 05/06/2018

Par Mlle TOURÉ Océane

Née le 02/02/1995

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2018

Composition du jury :

Madame J. DEPARIS^{1,2} ; Madame D. CONTAL² ; Madame C. VIOLE⁴

Directeurs de mémoire :

Madame J. DEPARIS^{1,2} ; Monsieur le professeur X. Fritel^{1,3}

¹Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie, CHU de Poitiers, Poitiers, France

²École de Sages-femmes, Poitiers, France

³INSERM CIC 1402, CHU Poitiers, Poitiers, France

⁴ Sage-femme libérale



UNIVERSITÉ DE POITIERS



**FACULTÉ DE MÉDECINE ET
PHARMACIE DE POITIERS**

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

La sexualité des femmes durant leur première grossesse et jusqu'à un an du post-partum

Étude de cohorte prospective multicentrique – 282 femmes enceintes nullipares suivies
pendant 15 mois

Mémoire soutenu le 05/06/2018

Par Mlle TOURÉ Océane

Née le 02/02/1995

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2018

Composition du jury :

Madame J. DEPARIS^{1,2} ; Madame D. CONTAL² ; Madame C. VIOLE⁴

Directeurs de mémoire :

Madame J. DEPARIS^{1,2} ; Monsieur le professeur X. Fritel^{1,3}

¹Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie, CHU de Poitiers, Poitiers, France

²École de Sages-femmes, Poitiers, France

³INSERM CIC 1402, CHU Poitiers, Poitiers, France

⁴ Sage-femme libérale

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Professeur Xavier Fritel, gynécologue-obstétricien et directeur de ce mémoire, d'avoir accepté de partager ces données et d'encadrer cette étude. Merci pour votre aide et vos conseils qui ont permis l'élaboration de ce mémoire.

Un grand merci à Madame Julia Deparis, également directrice de ce mémoire, pour tout le temps consacré à l'élaboration de ce travail. Merci pour votre disponibilité, vos nombreux conseils et votre patience. Ce mémoire n'aurait pu aboutir sans votre soutien.

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont contribué à la collecte des données, Madame Joëlle Guilhot ainsi que l'équipe de 3PN. Merci à toutes les femmes qui ont accepté de participer à l'étude.

Merci à Madame Sylvie Guinot, directrice de l'école de sages-femmes ainsi qu'aux enseignantes, qui ont su nous donner l'envie d'apprendre et de découvrir toujours davantage. Merci à toutes pour votre bonne humeur et votre dévouement.

Merci à ma maman, pour son immense soutien et sa positive attitude. Merci à mon papa, qui trouve toujours les mots pour me motiver. Merci à Fofu, à nos délires et nos repas. Merci à vous qui m'apportez chaque jour un peu plus. Je vous aime.

Merci à Bertrand, pour son temps et ses nombreuses corrections. Merci à Isa pour tout son soutien. Un grand merci à toute ma famille, ma Soso, mes amis, aux Aparicio and co'...

Merci à mes Pépettes, avec qui j'ai partagé ces années d'études. A nos fous-rires, nos soirées et tous ces moments que jamais je n'oublierai.

Merci à notre promotion au top : la meilleure de toute !

Enfin, un énorme merci au S-crew girls, toujours présentes, quoi qu'il arrive.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
2. MÉTHODOLOGIE :.....	4
2.1. Objectifs.....	4
2.2. Schéma d'étude	4
2.3. Population	4
2.3.1 Critères d'inclusion	4
2.3.2 Critères d'exclusion.....	4
2.4. Déroulement de l'étude	5
2.5. Outils de mesure	5
2.6. Critères de jugement	6
2.7. Analyse statistique	7
2.8. Aspect éthique et réglementaire.....	7
3. RÉSULTATS	8
3.1. Description de la population	8
3.2. Évolution des différents items du FPFQ sexualité au cours du suivi	9
3.3. Comparaisons des caractéristiques des femmes aux issues sexuelles modifiées.....	15
4. DISCUSSION	18
4.1. Principaux résultats de l'étude	18
4.2. Cohérence interne	19
4.3. Cohérence externe.....	20
5. CONCLUSION	25
6. BIBLIOGRAPHIE	26
7. ANNEXES	32
8. RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS.....	41
9. SUMMARY AND KEYWORDS	42

ABRÉVIATIONS

- EVA : Échelle visuelle analytique
- FPFQ : Female Pelvic Floor Questionnaire
- FSFI : Female Sexual Function Index
- IMC : Indice de masse corporelle
- PP : Post-partum
- SA : Semaines d'aménorrhée
- 3PN : Prévention périnéale prénatale
- % : Pourcentage

1. INTRODUCTION

Le terme de santé sexuelle est apparu en 1974 (1) à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), utilisé notamment par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et la World Association for Sexual Health (WAS). La santé sexuelle est « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités [...]. Elle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. » (2). Une dégradation de la santé sexuelle a donc un impact négatif sur la qualité de vie entraînant par exemple une diminution de l'estime de soi et des états dépressifs (3) (4) (5) (6) (7).

De nombreuses études se sont intéressées à la sexualité de la femme enceinte et toutes s'accordent sur une altération de la qualité de la sexualité pendant la grossesse et les premiers mois du post-partum (PP) (8). Classiquement, une augmentation de la fréquence des relations sexuelles est observée durant la période de désir de grossesse, même en l'absence de problème de fertilité (1). A partir de la conception, certains auteurs décrivent une baisse linéaire de la libido (6) (9) (10) (11) (12) avec pour conséquence une diminution régulière de la fréquence des rapports (6) (13) (14) (15) (16). D'autres ont observé une augmentation de la libido au deuxième trimestre (17) (18). La satisfaction sexuelle suit un déclin tout au long de la grossesse (6) (11) (15) (19), accompagnée d'une diminution du plaisir sexuel et de la fréquence de l'orgasme (6) (9) (12) (13) (20).

La diminution de l'activité sexuelle au cours de la grossesse s'explique par différentes étiologies. L'asthénie (10) (21) et les maux de la grossesse participent à la diminution de l'activité sexuelle et de la libido (17). Les changements physiques et anatomiques tels que la congestion mammaire, la congestion des grandes lèvres ou le volume utérin (21), rendent certaines positions inconfortables et certaines zones plus sensibles, avec un taux de dyspareunies de 6,5% à 68,8% selon les études (6) (10) (11) (13) (15) (22) (23) (24) (25). Un manque de lubrification est décrit par 4,4% à 37% de femmes (6) (11) (13). Les troubles périnéaux sont également plus fréquents en fin de grossesse avec l'incontinence urinaire qui touche 30% à 50% des femmes (26) (27) et l'incontinence anale 5% à 10% (28) (29). Ces troubles sont connus pour altérer de façon significative la qualité de vie et la satisfaction sexuelle (30) (31).

Pour certaines femmes, cette baisse de la fréquence des rapports s'explique plus par une carence d'informations que par un manque réel de désir car 75% affirment n'avoir reçu aucune

information sur la sexualité durant leur grossesse (32). Les couples préférant s'abstenir que de maintenir une sexualité dont ils ne connaissent pas les risques pour la grossesse (33).

L'accouchement est un élément central de la vie d'une femme et peut avoir un impact non négligeable sur sa fonction sexuelle. Le passage à la parentalité est une phase de « crise psychosociale potentielle » avec une « transparence psychique » entraînant des changements dans les comportements sexuels des couples (3) (34) (35). La fonction sexuelle majoritairement mesurée grâce au Female Sexual Function Index (FSFI)¹ suit un déclin général juste après l'accouchement pour la majorité des femmes mais s'améliore avec le temps (35) (36) (37). Quatre-vingt-neuf à 100% des femmes auraient repris les rapports entre trois et six mois du PP (20) (25) (35) (38) (39) mais 25% à 75% des femmes décrivent une insatisfaction sexuelle durant la première année après l'accouchement (35) (37) (40) (41). L'étude de Chang et al. à Taïwan en 2017 a montré qu'un dysfonctionnement sexuel et une faible satisfaction sexuelle sont des facteurs de risque de dépression au cours des 24 mois du PP (7). L'étude américaine d'Avery et al. en 2000 a décrit que 59,40% de femmes allaitant ne présentaient jamais d'excitation sexuelle, leur intérêt étant principalement centré sur le nouveau-né (35) (42).

La prévalence de la dyspareunie en PP immédiat est estimée entre 20% et 50% selon les études et le mode d'accouchement. Le suivi longitudinal montre que la prévalence de la dyspareunie post-natale de novo diminue de moitié en quelques mois (20) (33). Plusieurs années après l'accouchement, la dyspareunie reste plus fréquente chez les femmes ayant souffert d'un périnée complet (20) (38) (43) (44) (45). La morbidité sexuelle à six mois du PP est significativement associée à la dyspareunie précédant la grossesse (38).

À trois mois du PP, le fonctionnement sexuel global à la suite d'un accouchement voie basse ou d'une césarienne est semblable (20) (35) (45). Cependant certaines études décrivent une reprise de la sexualité plus lente chez les femmes ayant accouché par voie vaginale (35) (39) (43) ; une seule différence significative porte sur le tonus vaginal ressenti considéré comme meilleur chez les femmes césarisées (20). A six mois, le score du Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12), qui explore la sexualité en 12 items, est similaire chez l'accouchée par voie vaginale et chez la femme accouchée par césarienne (39) (46). Les femmes ayant subi une épisiotomie (avec ou sans forceps) ont connu des issues sexuelles à trois

¹ Le FSFI est un questionnaire étudiant 6 dimensions de la fonction sexuelle féminine soit : désir, excitation, douleur, lubrification, satisfaction et orgasme en 19 items.

mois du PP moins favorables que les femmes dont le périnée était demeuré intact ou celles avec une déchirure du deuxième degré (6) (40) (43) (47).

La sexualité regroupe plusieurs dimensions tant physiques que psychiques et la dysfonction sexuelle est divisée en quatre domaines : les troubles du désir, les troubles de l'excitation, les troubles de l'orgasme et les troubles de la douleur sexuelle (48) (49). Pourtant, les études sur la sexualité de la grossesse et du PP s'intéressent le plus souvent à l'évolution générale de la libido, la fréquence des rapports, la lubrification ou encore à la dyspareunie (25) (20) (50). L'étude d'autres paramètres comme la nature de l'orgasme et le plaisir ressenti lors des rapports est plus rare dans la littérature pour cette période de la vie (16) (35) (51) (52).

A ce jour, aucune étude française ne décrit de façon précise la sexualité des femmes au cours de la grossesse et du PP. La plupart des études sont étrangères (4) (13) (16) (25) (38) (40) (53) mais les dimensions culturelles et culturelles de la sexualité sont un frein à l'extrapolation des résultats (35).

Les couples sont demandeurs d'informations sur la sexualité aux différents stades de la grossesse (13) (15) (54) bien qu'ils préfèrent que cette information vienne spontanément des professionnels sans qu'ils aient à aborder ce sujet en premier (55). Cependant, les professionnels de santé se sentent mal informés pour répondre aux éventuelles demandes (56).

Une compréhension des modifications de la sexualité pendant la grossesse et après l'accouchement en France est nécessaire pour fournir aux couples des informations sur les évolutions physiologiques de la sexualité dans cette période particulière mais aussi pour le diagnostic et la prise en charge des femmes à risque d'éventuel dysfonctionnement.

La majorité des études décrivent une évolution globale de la sexualité des femmes durant la grossesse et les premiers mois du PP. C'est pourquoi nous proposons d'étudier l'évolution de la prévalence des rapports sexuels, la lubrification, l'orgasme, le plaisir, les sensations ainsi que la dyspareunie, son retentissement et son niveau d'intensité de six mois de grossesse jusqu'à un an après l'accouchement. Nous nous intéresserons également à la proportion de femmes aux issues sexuelles similaires et modifiées (amélioration ou dégradation) de six mois de grossesse jusqu'à 12 mois du PP. Enfin nous comparerons les caractéristiques générales et d'accouchement des femmes aux issues sexuelles modifiées.

2. MÉTHODOLOGIE :

2.1. Objectifs

- Décrire l'évolution de la prévalence des rapports sexuels, la nature de l'orgasme, la lubrification, le plaisir ressenti, la sensation, la dyspareunie, son retentissement et son niveau d'intensité lors des rapports sexuels de six mois de grossesse jusqu'à 12 mois du PP
- Présenter la proportion de femmes aux issues sexuelles similaires et modifiées (améliorées/altérées) de six mois de grossesse jusqu'à 12 mois du PP
- Comparer les caractéristiques générales et d'accouchement des femmes aux issues sexuelles modifiées

2.2. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective multicentrique réalisée grâce aux données de l'étude Prévention Périnéale Périnatale (3PN).

3PN est un essai multicentrique, randomisé, dont l'objectif principal était de comparer l'effet de la rééducation périnéale périnatale sur l'incontinence urinaire à un an du post-partum par rapport à la délivrance d'informations écrites seule (annexe II). Cinq centres agréés à mener à bien des investigations cliniques ont participé à l'étude. Les centres et investigateurs étaient composés de cinq maternités françaises de type III. L'étude a été réalisée de novembre 2007 à juin 2010.

2.3. Population

2.3.1 Critères d'inclusion

Deux-cent-quatre-vingt-deux femmes âgées de plus de 18 ans, sachant lire le français, nullipares, présentant une grossesse simple de déroulement physiologique, affiliées à un régime de sécurité sociale et ayant donné leur consentement écrit pour participer à l'étude ont été incluses dans l'étude 3PN entre 20 et 28 semaines d'aménorrhée (SA).

2.3.2 Critères d'exclusion

Ont été exclues les femmes ayant un antécédent d'accouchement ou de fausse-couche tardive (après 22 semaines d'aménorrhée), une grossesse multiple, une grossesse pathologique,

une situation empêchant ou contre-indiquant des visites supplémentaires pendant la grossesse, éloignées d'un cabinet de rééducation, déjà incluses dans un autre essai clinique ou ayant bénéficié d'une rééducation périnéale au cours des six derniers mois précédant la grossesse.

2.4. Déroulement de l'étude

Les femmes enceintes ont été incluses dans l'étude au terme de cinq-six mois de grossesse et suivi jusqu'à un an après l'accouchement. Au cours de ce suivi, elles ont renseigné à quatre reprises, la version française du Female Pelvic Floor Questionnaire (FPFQ) (57) : à l'inclusion dans l'étude, en fin de grossesse, à deux mois du post-partum et à 12 mois du post-partum (annexe I).

Tableau I : Calendrier de suivi des femmes de l'essai clinique 3PN

Calendrier	Période prénatale			Période post-natale	
	1 ^{er} -6 ^{ème}	5-6 ^{ème}	9 ^{ème} -J0*	2 mois	12 mois
Mois	0	1	2	3	4
Visite	Pré-inclusion	Inclusion	Fin grossesse- accouchement	Visite post-natale	Fin d'essai
Notice d'information	x	x			
Consentement écrit		x			
Questionnaires Population 3PN		FPFQ	FPFQ	FPFQ	FPFQ

*J0= jour de l'accouchement

2.5. Outils de mesure

Le FPFQ est un auto-questionnaire qui se décline en 37 questions. Trente-trois d'entre elles évaluent les symptômes dans 4 domaines :

- La symptomatologie urinaire en 12 questions
- La symptomatologie anorectale en 12 questions
- La symptomatologie spécifique du prolapsus en trois questions

- Les troubles de la sexualité en 10 questions : désir, rapports sexuels, orgasme, dyspareunie, lubrification et plaisir

Pour chaque domaine, une question explore la gêne occasionnée par ces symptômes. Les questions sont associées à une échelle de Likert qui permet de calculer un sous-score sur 10 points pour chaque domaine. L'addition de ces quatre sous-scores permet d'obtenir un score global sur 40. Plus ce score est élevé plus la femme souffre de troubles périnéaux.

Il est complété par une question supplémentaire qui explore l'intensité de la dyspareunie grâce à une échelle visuelle analytique (EVA) allant de zéro à cent.

2.6. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le sous-score sur la sexualité du FPFQ.

Les questions composant le domaine de la sexualité du FPFQ ont permis de décrire l'évolution :

- De la fréquence des rapports (questions 29 et 30)
- De la nature de l'orgasme (questions 31 et 32)
- Du plaisir (questions 32, 33 et 37)
- De la lubrification (question 34)
- De la fréquence de la dyspareunie (question 35)
- De la localisation de la douleur (question 36)
- De la gêne occasionnée par la dyspareunie (question 38)
- De l'intensité de la dyspareunie (question 39 = EVA)

L'évolution positive ou négative de la fonction sexuelle un an après l'accouchement a été calculée par une approche de distribution. Une variation du sous-score FPFQ sexualité de l'inclusion à 12 mois du PP supérieure à la moitié de l'écart-type du sous-score FPFQ sexualité à l'inclusion a été retenue comme variation significative (0,89) (58) (59). Ainsi nous avons pu comparer les caractéristiques des femmes aux issues positives ou similaires à l'inclusion à celle ayant une évolution négative de la fonction sexuelle à un an du PP. Les caractéristiques étudiées étaient le sous-score FPFQ sexualité à l'inclusion et à un an du PP, l'âge, l'indice de masse

corporel (IMC), la situation socio-professionnelle, le tabagisme, le mode d'accouchement, le type de lésion périnéale, le mode d'allaitement et le poids de naissance du nouveau-né. Les différents items du FPFQ sexualité ont également été comparés.

2.7. Analyse statistique

Les analyses ont été réalisées grâce au logiciel Epi-Info version 7.

Les variables quantitatives (scores) ont été décrites en termes de moyenne et d'écart-type et les variables qualitatives en termes d'effectif et de pourcentage. Pour la comparaison du sous-score et des items du FPFQ sexualité entre les différents temps d'évaluation, le test des rangs de Wilcoxon a été utilisé pour les variables quantitatives et ordinales. Le test exact de Fisher a été utilisé pour les variables qualitatives nominales.

Pour la comparaison des caractéristiques des femmes, le test de Student a été utilisé pour les variables quantitatives. Le test de Chi² a été utilisé pour les variables qualitatives ou le test exact de Fisher le cas échéant.

Le seuil de signification des tests a été fixé à une valeur de $p < 0,05$.

Un demi-écart type du sous-score FPFQ sexualité à l'inclusion a été retenu comme variation significative du sous-score permettant de comparer les femmes aux issues sexuelles positives/neutres et négatives.

2.8. Aspect éthique et réglementaire

Le protocole d'étude 3PN a reçu un avis favorable du Comité de protection des personnes Sud-Ouest et Outre-Mer en septembre 2007. L'étude 3PN est enregistrée à l'Afssaps sous le numéro 2007-A00641-52 et sur ClinicalTrials.gov. sous le numéro NCT00551551.

3. RÉSULTATS

3.1. Description de la population

Deux-cent-quatre-vingt-deux femmes majeures nullipares présentant une grossesse simple de déroulement physiologique ont été incluses dans 3PN entre 20 et 28 semaines d'aménorrhée.

Tableau II : Caractéristiques générales des femmes incluses dans 3PN

	Patientes (n=282)	
	n	%
Age (moy ± ET – Q1-Q3)	29,16 ± 5,05 – [25,87-32,25]	
IMC (moy ± ET – Q1-Q3)	22,33 ± 4,11 – [19,92-23,88]	
Activité		
Salariée	208	73,76
Femme au foyer	6	2,13
Étudiante	7	2,48
En recherche d'emploi	36	12,77
Autre	10	3,55
Données manquantes	15	5,31
Diplôme d'études supérieures		
Oui	221	78,37
Non	45	15,96
Données manquantes	16	5,67
Situation familiale		
Mariée	79	28,01
Vit en couple	162	57,45
Célibataire	23	8,16
Divorcée	3	1,06
Données manquantes	15	5,31
Tabac		
Oui	25	8,87
Non	240	85,11
Données manquantes	17	6,02

A l'inclusion, 11,70% (n=33) d'entre elles présentaient une incontinence urinaire et 5,67% (n=16) une incontinence anale.

3.2. Évolution des différents items du FPFQ sexualité au cours du suivi

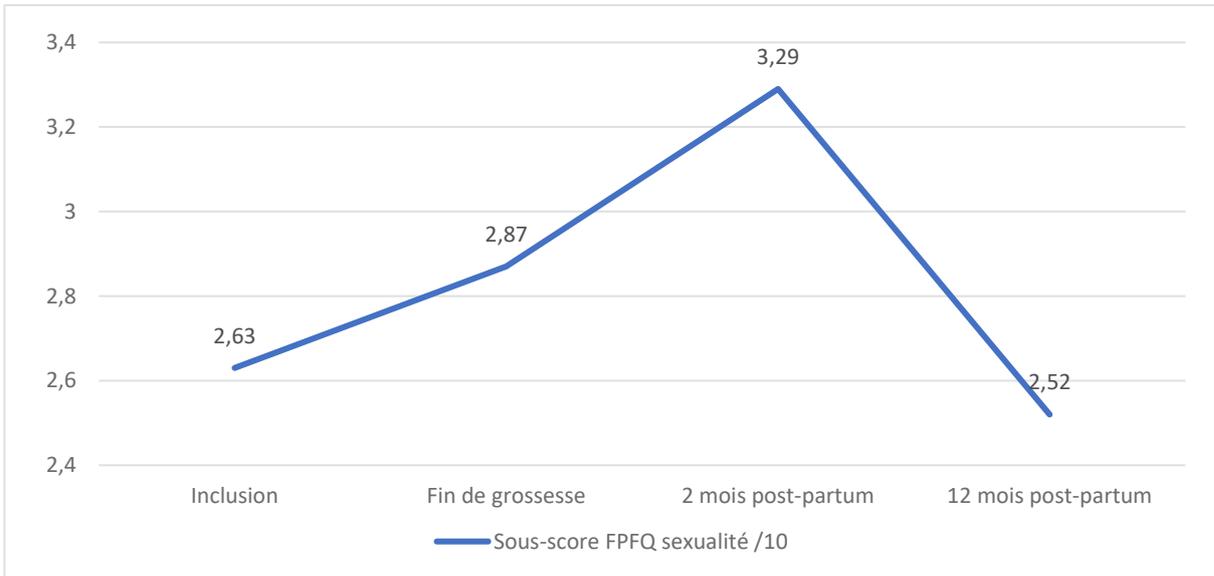


Figure 1 : Évolution du sous-score FPFQ sexualité

L'augmentation du sous-score FPFQ sexualité était significative entre la fin de la grossesse et 2 mois du PP ($p=0,034$) ainsi que sa diminution entre deux et 12 mois du PP ($p<0,001$). La différence des sous-scores FPFQ sexualité observée entre l'inclusion et la fin de grossesse n'était pas significative ($p=0,348$).

Soixante-douze femmes ont permis le calcul du sous-score aux quatre périodes de recueil et 50% ($n=36$) d'entre elles présentaient un sous-score FPFQ sexualité constant tout au long de l'étude. 16,17% ($n=12$) avaient un sous-score supérieur à trois et 33,33% ($n=24$) avaient un sous-score inférieur à trois.

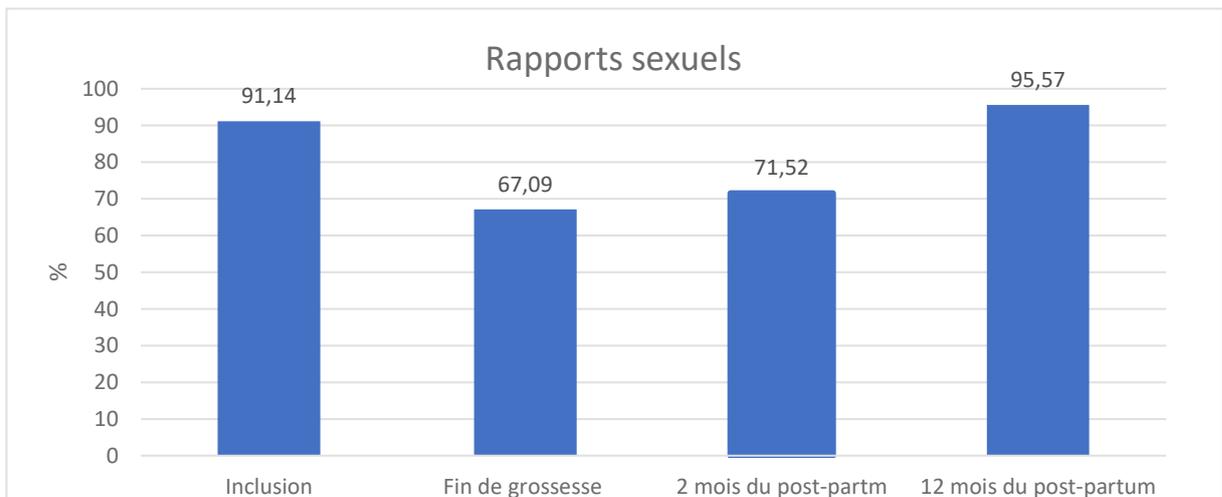


Figure 2 : Évolution de la proportion de femmes ayant des rapports sexuels ($n=158$)

La diminution de la proportion de femmes ayant des rapports était significative entre l'inclusion et la fin de grossesse ($p=0,002$) ainsi que son augmentation entre deux et 12 mois PP ($p<0,001$). La différence de fréquence observée entre l'accouchement et deux mois du PP n'était pas significative ($p=0,331$).

Cent-cinquante-huit femmes ont répondu aux quatre périodes de recueil et 66,46% ($n=105$) d'entre elles avaient des rapports tout au long de la grossesse. 51,27% ($n=81$) des femmes avaient des rapports sexuels tout au long de l'étude et 0,006% ($n=1$) n'en avaient pas.

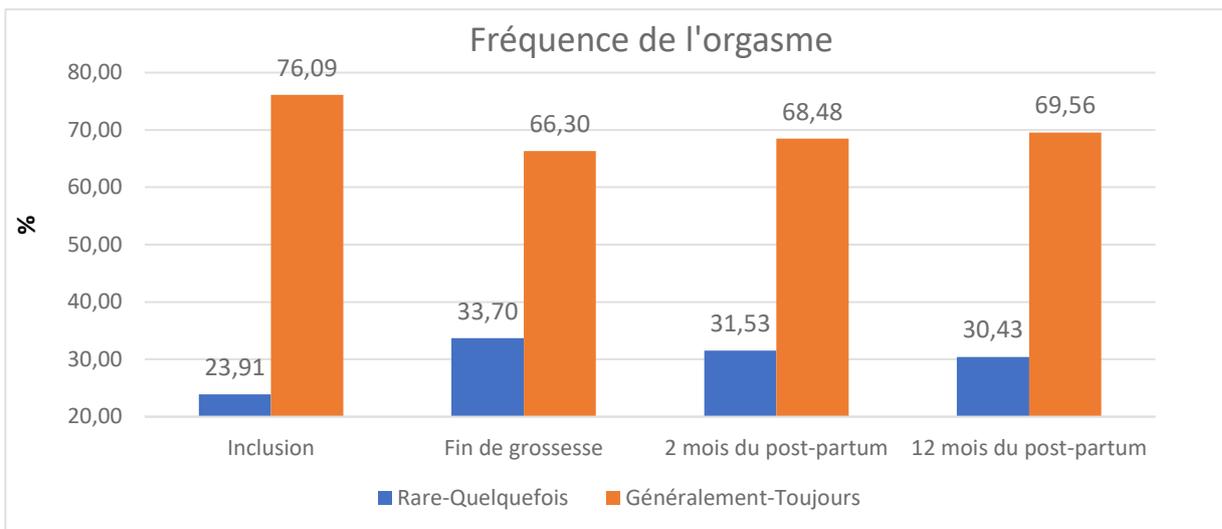


Figure 3 : Évolution de la fréquence de l'orgasme ($n=92$)

La diminution de la fréquence de l'orgasme était significative entre l'inclusion et la fin de la grossesse ($p=0,001$) ainsi que son augmentation entre deux et 12 mois du PP ($p=0,026$). La différence décrite entre la fin de grossesse et deux mois du PP n'était pas significative ($p=0,350$).

Quatre-vingt-douze femmes ont répondu aux quatre périodes de recueil et 72,83% ($n=67$) d'entre elles ont décrit une fréquence d'orgasme similaire tout au long de l'étude. 52,17%

(n=48) des femmes atteignaient toujours ou généralement l'orgasme et 20,65% (n=19), seulement quelquefois ou rarement.

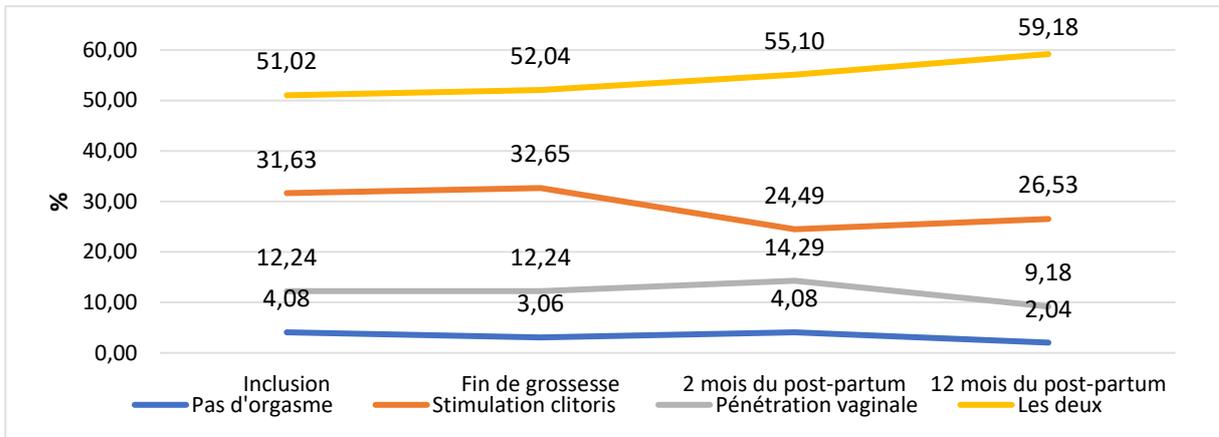


Figure 4 : Évolution des moyens de parvenir à l'orgasme (n=98)

L'atteinte de l'orgasme par stimulation vaginale et clitoridienne restait la plus fréquente tout au long de l'étude.

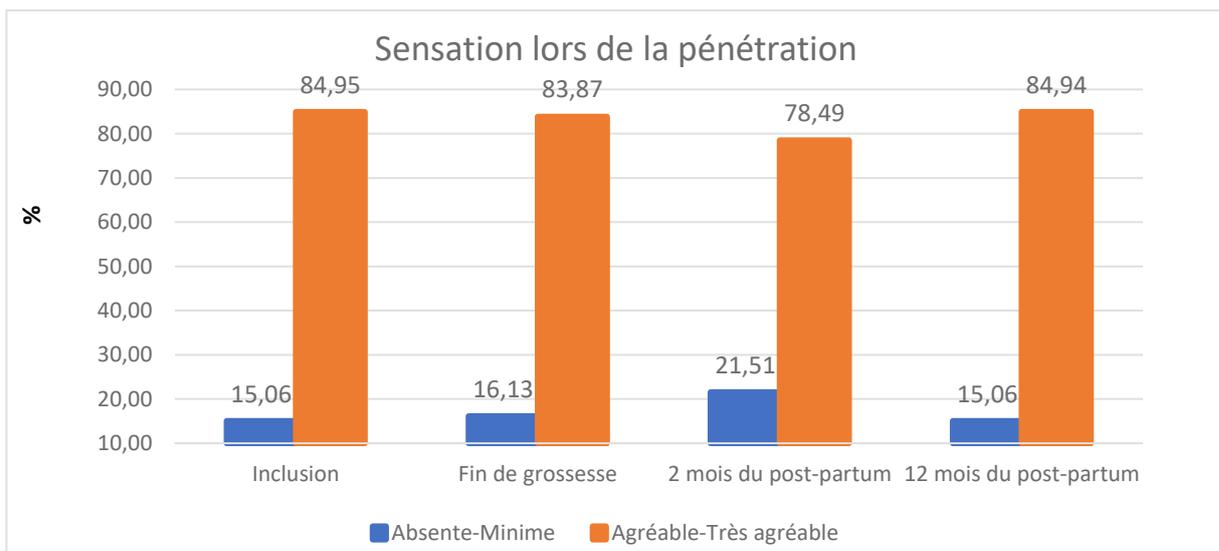


Figure 5 : Évolution de la sensation lors de la pénétration (n=93)

Aucune différence significative n'a été observée (chronologiquement $p=0,132$, $p=0,385$, $p=0,211$).

Quatre-vingt-treize femmes ont répondu aux quatre périodes de recueil et 70,97% (n=66) d'entre elles présentaient une sensation lors de la pénétration similaire tout au long de l'étude. Pour 64,52% (n=60) des femmes, la sensation est restée agréable ou très agréable et pour 0,06% (n=6), minime ou absente.

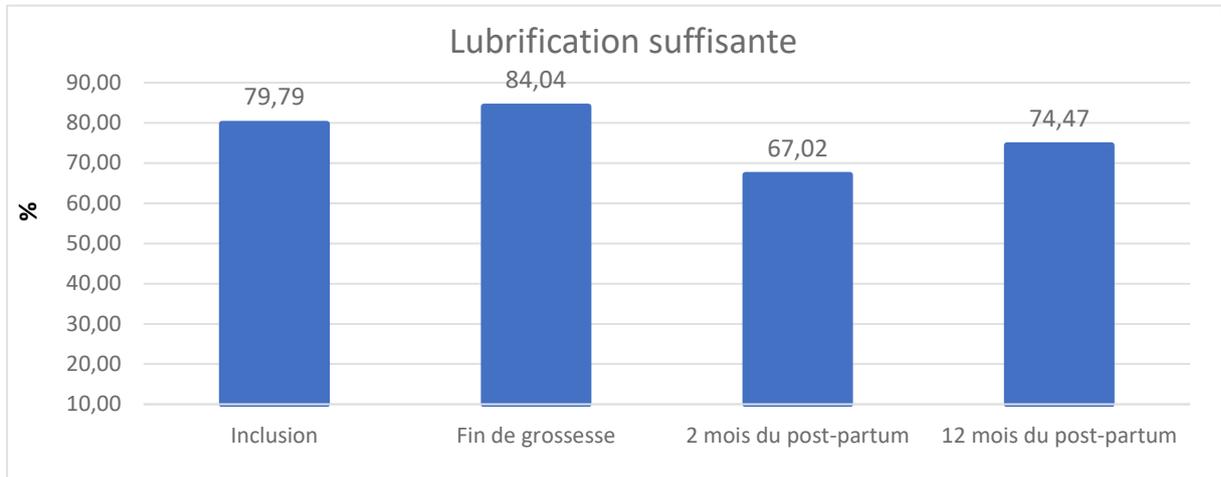


Figure 6 : Évolution de la lubrification satisfaisante (n=94)

La diminution de la lubrification satisfaisante était significative entre la fin de grossesse et deux mois du PP ($p=0,012$). Les différences décrites entre l'inclusion et la fin de grossesse n'étaient pas significatives ($p=0,808$) ainsi qu'entre deux mois du post-partum et 12 mois du post-partum ($p=0,394$).

Quatre-vingt-quatorze femmes ont répondu aux quatre périodes de recueil et 57,45% (n=54) d'entre elles présentaient une lubrification constante tout au long de l'étude. Pour 51,06% (n=48) des femmes, la lubrification est restée suffisante lors des rapports et pour 0,06% (n=6), insuffisante.

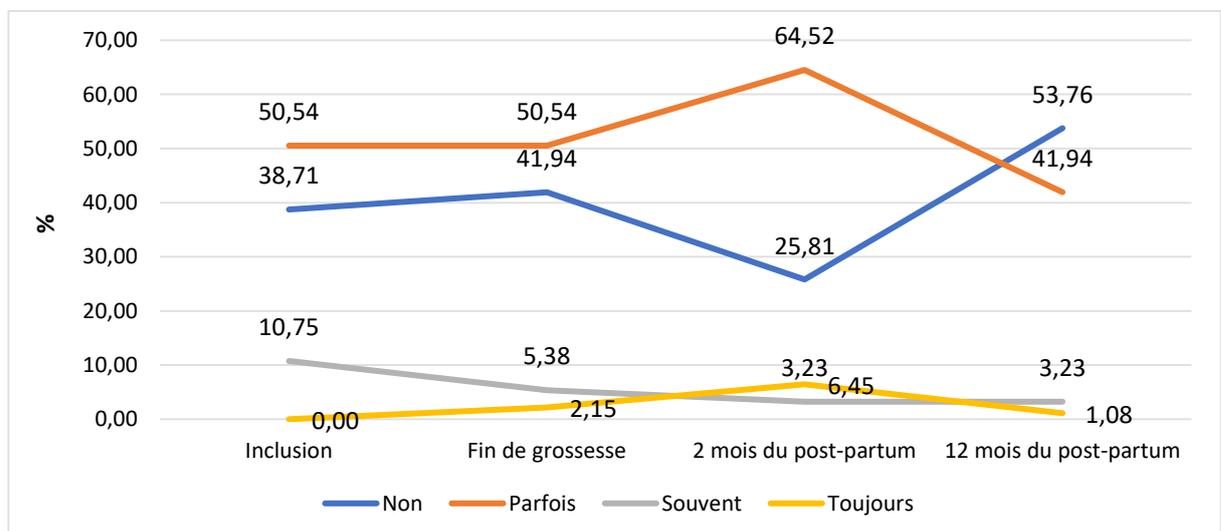


Figure 7 : Évolution de la fréquence des dyspareunies (n=93)

L'augmentation de la fréquence des dyspareunies était significative entre la fin de grossesse et deux mois du PP ($p<0,001$) ainsi que sa diminution entre deux mois du PP et 12 mois du PP ($p<0,001$). Les différences décrites entre l'inclusion et la fin de grossesse n'étaient pas significatives ($p=0,763$).

Quatre-vingt-treize femmes ont répondu aux quatre périodes de recueil et 44,09% ($n=41$) d'entre elles présentaient un rapport à la douleur similaire tout au long de l'étude. Pour 31,18% ($n=29$) des femmes, les douleurs sont restées absentes et pour 12,90% ($n=12$), elles étaient parfois, souvent ou toujours présentes.

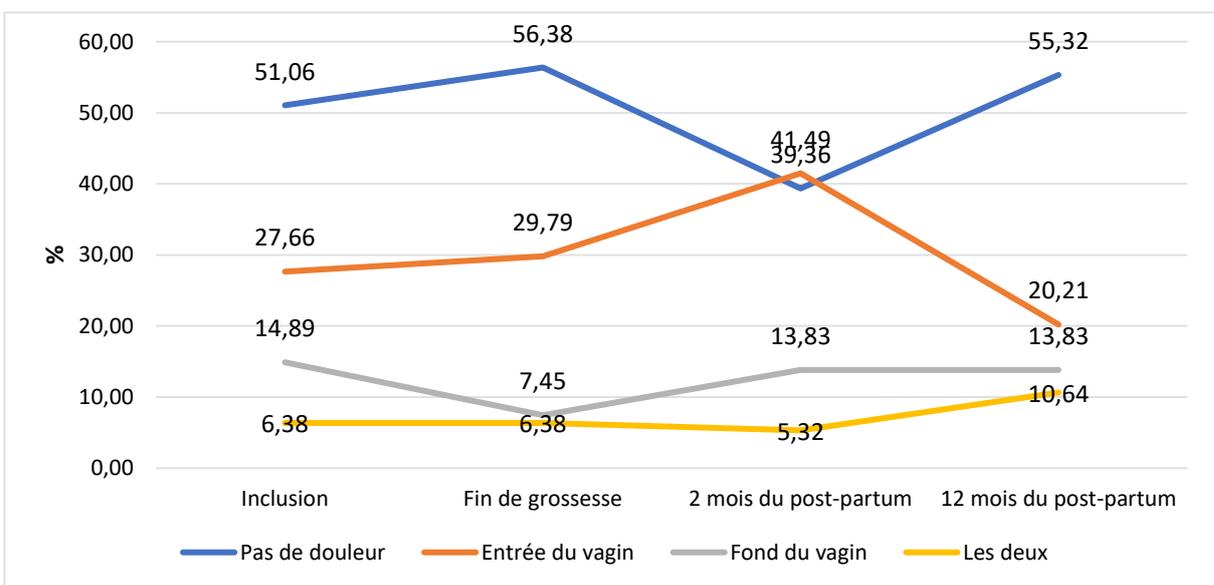


Figure 8 : Évolution de la localisation des dyspareunies ($n=94$)

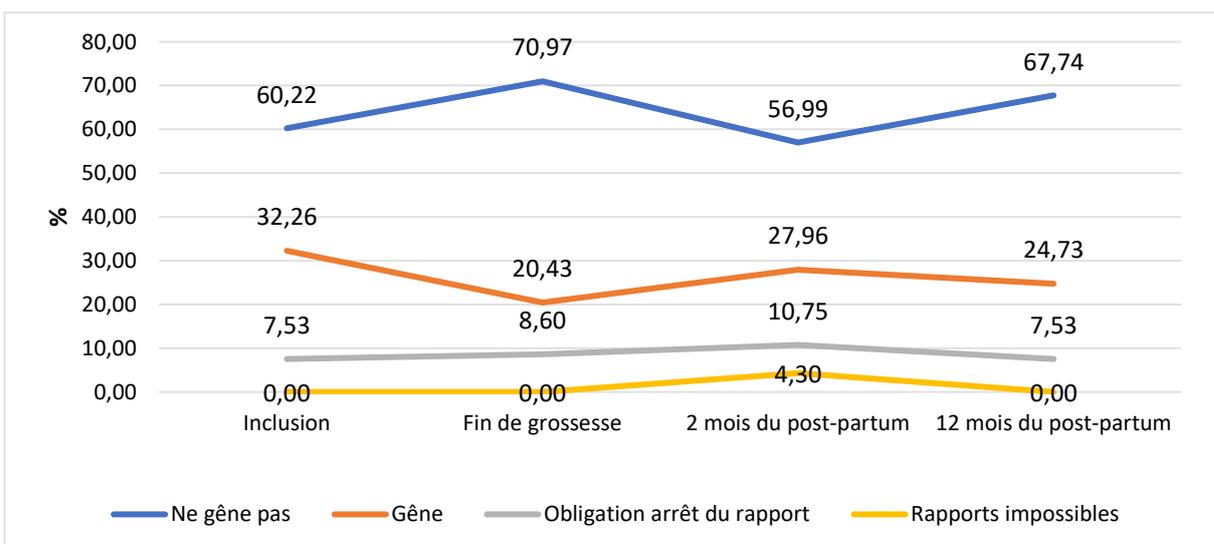


Figure 9 : Évolution de la gêne occasionnée par les dyspareunies ($n=93$)

L'augmentation de la gêne lors des rapports due à la dyspareunie était significative entre la fin de la grossesse et deux mois du PP ($p=0,029$) ainsi que sa diminution entre deux mois du PP et 12 mois du PP ($p=0,001$). La diminution observée entre l'inclusion et la fin de grossesse n'était pas significative ($p=0,474$).

Seulement à deux mois du PP, 4,30% ($n=4$) des femmes ont déclaré des douleurs rendant les rapports impossibles.

Quatre-vingt-treize femmes ont répondu aux quatre périodes de recueil et 53,76% ($n=50$) d'entre elles présentaient un niveau de gêne constant tout au long de l'étude. Pour 37,63% ($n=35$) des femmes, la gêne est restée absente et pour 16,13% ($n=15$) les douleurs gênaient lors des rapports, pouvant parfois les rendre impossibles.

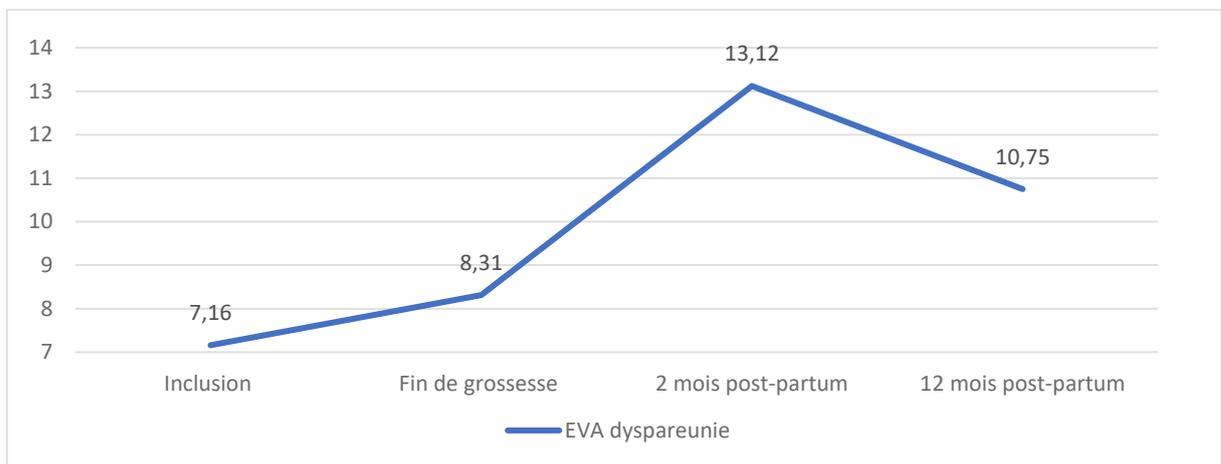


Figure 10 : Évolution de l'EVA mesurant l'intensité de la dyspareunie

L'intensité des douleurs ressenties lors des rapports sexuels a été mesurée grâce à une échelle EVA allant de zéro à 100.

L'augmentation de l'EVA était significative entre la fin de la grossesse et deux mois du PP ($p=0,005$). L'augmentation de l'EVA entre l'inclusion et la fin de la grossesse n'était pas significative ($p=0,114$), ainsi que sa diminution entre deux mois du PP et 12 mois du PP ($p=0,316$). L'augmentation observée entre l'inclusion et 12 mois du PP était significative ($p=0,005$).

Quatre-vingt-douze femmes ont permis le calcul de l'EVA aux quatre périodes de recueil et 44,57% (n=41) d'entre elles présentaient une EVA constante tout au long de l'étude. Pour 0,07% (n=6) des femmes, l'EVA est restée supérieure à 10 et pour 38,04% (n=35), l'EVA est restée inférieure à 10.

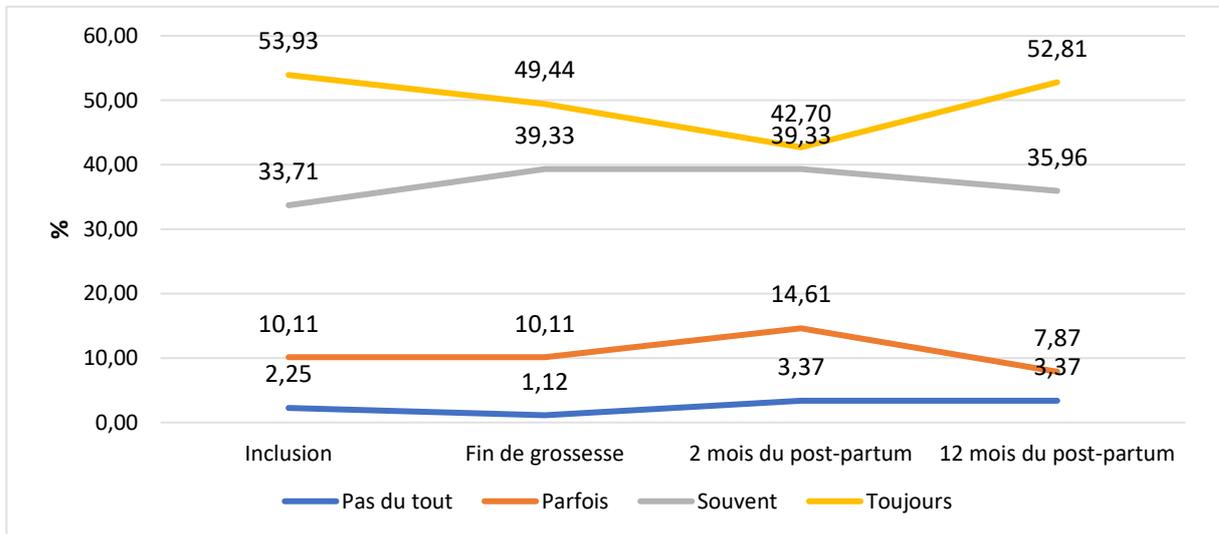


Figure 11 : Évolution du plaisir ressenti lors des rapports sexuels (n=89)

La diminution de plaisir ressenti était significative entre la fin de grossesse et deux mois du PP ($p=0,015$) ainsi que son augmentation entre deux mois du PP et un an du PP ($p=0,014$). La différence entre l'inclusion et la fin de grossesse n'était pas significative ($p=0,166$).

Quatre-vingt-neuf femmes ont répondu aux quatre périodes de recueil et 74,16% (n=66) d'entre elles présentaient un plaisir ressenti constant tout au long de l'étude. 70,78% (n=63) des femmes ressentaient toujours ou souvent du plaisir lors des rapports et 0,03% (n=3) seulement parfois ou pas du tout.

3.3. Comparaisons des caractéristiques des femmes aux issues sexuelles modifiées

Cent-quarante-cinq femmes ont permis le calcul des sous-scores FPFQ sexualité à l'inclusion dans l'étude et à 12 mois du PP. Un demi-écart type du sous-score FPFQ sexualité à l'inclusion a été retenu comme variation significative du sous-score.

L'évolution du sous-score n'était pas significativement différente à 12 mois du PP pour 79 femmes (54,48%) et 36 femmes (24,83%) présentaient une diminution significative du sous-score à 12 mois du PP. Ces 115 femmes forment le groupe d'évolution positive/neutre. Pour 30 femmes (20,69%), une augmentation significative du sous-score a été observée soit une altération de la fonction sexuelle.

Tableau III : Comparaison des caractéristiques maternelles selon l'évolution de la fonction sexuelle à 12 mois du post-partum.

Caractéristiques	Evolution positive ou neutre (n=115)				Evolution négative (n=30)				p
	n	%	Moyenne ±DS	[Min-Max]	n	%	Moyenne ±DS	[Min-Max]	
Âge			29,41 ± 4,77	[18,59-48,23]			28,24 ± 4,55	[19,70-38,00]	0,221
IMC			22,47 ± 3,97	[17,16-37,65]			22,36 ± 3,08	[17,79-30,86]	0,876
Emploi									0,401*
Oui	99	86,09			24	80,00			
Non**	16	13,91			6	20,00			
Diplôme d'études supérieures									1,000*
Oui	104	90,43			27	90,00			
Non	11	9,56			3	10,00			
Situation familiale									0,345*
Mariée - en couple	108	93,91			30	100,00			
Célibataire - Divorcée	7	6,09			0	0,00			
Tabac									0,205*
Oui	5	4,35			3	10,00			
Non	109	94,78			26	86,67			
NR	1	0,87			1	3,33			

*Test de Fisher ; ** Etudiantes, femmes au foyer, en recherche d'emploi et autre.

Tableau IV : Comparaison des sous-scores FPFQ sexualité /10 et des caractéristiques de l'accouchement selon l'évolution de la fonction sexuelle à 12 mois du post-partum.

Caractéristiques	Evolution positive ou neutre (n=115)				Evolution négative (n=30)				p
	n	%	Moyenne ±DS	[Min-Max]	n	%	Moyenne ±DS	[Min-Max]	
Sous-score FPFQ sexualité inclusion			2,60 ± 1,73	[0-8]			2,41 ± 6,61	[0-6,67]	0,560
Sous-score FPFQ sexualité M12			2,00 ± 1,66	[0-7,33]			4,24 ± 1,67	[1,33-8,67]	< 0,001
Mode accouchement									0,196
Césarienne	30	26,08			6	20,00			
Voie basse simple	61	53,04			13	43,33			
Instrumental	24	20,87			11	36,67			
Lésion périnéale									0,459
Périnée intact	48	41,74			9	30,00			
Episiotomie	30	26,09			10	33,33			
Déchirure	35	30,43			11	36,67			
Mode allaitement									0,386
Allaitement maternel	49	42,61			14	46,67			
Allaitement artificiel	33	28,70			5	16,67			
Allaitement mixte	33	28,70			11	36,67			
Poids nouveau-né (g)			3257,63 ± 436,27	[2210-4260]			3264,83 ± 470,84	[2120-4000]	0,940

Tableau V : Comparaison des items du FPFQ sexualité selon l'évolution de la fonction sexuelle à 12 mois du post-partum.

FPFQ sexualité M12	Evolution positive ou neutre (n=115)				Evolution négative (n=30)				p
	n	%	Moyenne ±DS	[Min-Max]	n	%	Moyenne ±DS	[Min-Max]	
Rapports sexuels									-
Oui	115	100,00			30	100,00			
Non	0	0,00			0	0,00			
Orgasme									< 0,001
Rare - Quelquefois	25	21,74			18	60,00			
Généralement - Toujours	90	78,26			12	40,00			
Sensation lors de la pénétration									< 0,001
Absente - Minimale	9	7,83			11	36,66			
Agréable - Très agréable	106	92,17			19	63,33			
Lubrification									0,011
Oui	96	83,48			18	60,00			
Non	19	16,52			12	40,00			
Plaisir									0,011
Pas du tout - Parfois	9	7,83			8	26,67			
Souvent- Toujours	106	92,17			22	73,34			
Dyspareunie									< 0,001
Non	81	71,05			7	23,33			
Parfois - Souvent - Toujours	33	28,95			23	76,67			
Retentissement douleur									< 0,001
Ne gênent pas	95	84,07			11	36,67			
Gênent - Doit interrompre rapport	18	15,92			19	63,33			
Intensité douleur									< 0,001
EVA			6,97 ± 12,51	[0-80]			20,80 ± 19,11	[0-65]	< 0,001

4. DISCUSSION

4.1. Principaux résultats de l'étude

Les femmes de 3PN présentaient une altération significative de leur sexualité après l'accouchement avec une symptomatologie maximale à deux mois du PP ($p=0,034$). Une amélioration significative a été décrite un an après l'accouchement ($p<0,001$).

Cette dégradation de la qualité sexuelle s'explique par l'altération des paramètres suivant. La proportion de femmes ayant des rapports sexuels était diminuée entre l'inclusion et la fin de grossesse ($p=0,002$) et augmentait entre deux et 12 mois PP ($p<0,001$). La fréquence de l'orgasme était minimale en fin de grossesse ($p=0,001$) et augmentait entre deux et 12 mois du PP ($p=0,026$). La lubrification vaginale a été modifiée dans les suites de l'accouchement avec une diminution de la satisfaction à deux mois du PP ($p=0,012$). Une augmentation de la dyspareunie a été décrite entre la fin de grossesse et deux mois du PP ($p<0,001$) ainsi qu'une diminution entre deux et 12 mois du PP ($p<0,001$). Seulement 4,30% ($n=4$) des femmes ont déclaré des douleurs rendant les rapports impossibles à deux mois du PP et 95,57% ($n=151/158$) des femmes avaient repris les rapports à 12 mois du PP. La gêne engendrée par la dyspareunie augmentait à deux mois du PP ($p=0,029$) et diminuait à 12 mois du post-partum ($p<0,001$). Une augmentation de l'intensité de la dyspareunie a été décrite entre la fin de grossesse et deux mois du PP ($p=0,005$) et la différence observée entre l'inclusion et 12 mois du PP était également significative ($p=0,005$). Une diminution du plaisir ressenti a été observée entre la fin de la grossesse et deux mois du PP ($p=0,015$) ainsi qu'une augmentation entre deux mois du PP et 12 mois du PP ($p=0,014$).

Un peu plus de la moitié des femmes ont conservé une sexualité satisfaisante tout au long de l'étude. 51,57% femmes avaient des rapports réguliers, 52,17% atteignaient l'orgasme au cours des rapports, 64,52% ressentaient une sensation agréable, 51,06% décrivaient une lubrification suffisante, 31,18% ne présentaient pas de dyspareunies et 37,63% n'avaient aucune gêne, 38% avait une EVA inférieure à 10, 70,79% ressentaient toujours ou souvent du plaisir.

Un an après l'accouchement, la majorité des femmes ont retrouvé une sexualité satisfaisante. Les caractéristiques générales des femmes et le déroulement de l'accouchement étaient similaires entre les femmes présentant une évolution positive/neutre et les femmes présentant une évolution négative de la sexualité entre l'inclusion et 12 mois du PP. Cependant, elles avaient toutes repris les rapports.

Tous les items du FPFQ sexualité étaient significativement différents entre les femmes qui présentaient une évolution positive ou neutre de leur sexualité et celles qui avaient connu une évolution négative soit la fréquence de l'orgasme, la sensation lors de la pénétration, la lubrification, le plaisir ressenti, le taux de dyspareunie, son retentissement et l'intensité des douleurs.

4.2. Cohérence interne

Nous n'avons pu récupérer les données de la question 28 du FPFQ sur la libido ainsi que les quatre variables de réponse de la question 29 sur la fréquence des rapports sexuels.

Il aurait été intéressant de voir si le vécu de l'accouchement était différent entre les femmes à la sexualité positive/neutre et négative. Mais nous n'avons pu récupérer ces données dans le temps imparti.

Un taux de non réponse allant de 15,25% à 41,85% a été observé selon les items du FPFQ sexualité et la période de recueil. Le taux de réponses moyen reste néanmoins satisfaisant pour une thématique sensible comme la sexualité. Il est possible qu'en raison du critère volontaire de l'étude, les femmes de 3PN étaient plus vigilantes à leur sexualité et s'en préoccupaient davantage, pouvant entraîner un biais d'information.

L'absence de données sur la sexualité avant la grossesse ne nous permet pas de dire si la sexualité est aussi satisfaisante un an après l'accouchement qu'avant la grossesse ; il aurait été intéressant de voir si un retour à la normale été observé.

Cependant, il s'agit d'une étude de cohorte multicentrique réalisée dans cinq centres hospitaliers. L'effectif de la population de 3PN était bien supérieur à celui d'autres études sur ce sujet. Le suivi longitudinal sur 15 mois avec quatre évaluations successives constitue le principal point fort de ce projet. Une telle durée d'étude reste rare dans la littérature. Cette méthode a permis la collecte de données prospectives dans le cadre d'une étude de niveau 1.

Nous avons utilisé un auto-questionnaire validé et fiable, sensible aux changements pour évaluer la symptomatologie sexuelle pendant la grossesse et le post-partum. Le FPFQ sexualité est un questionnaire en 12 items, avec plusieurs modalités de réponses permettant une grande précision. Ce questionnaire existant en anglais, allemand et français permet la comparaison avec des études internationales.

Notre étude est la seule étudiant la sexualité de femmes françaises durant la grossesse et jusqu'à un an du PP. La comparaison des caractéristiques des femmes aux issues sexuelles différentes un an après l'accouchement n'a jamais été étudiée dans la littérature.

4.3. Cohérence externe

La littérature sur ce sujet est dense mais se concentre principalement sur les mêmes paramètres de la sexualité. Les études sont étrangères, les différences culturelles et sociales peuvent expliquer la grande étendue des pourcentages pour un même élément.

La population de 3PN comprend des femmes au niveau socio-économique principalement favorable, ce qui n'est pas totalement représentatif de la population française d'après l'INSEE (60) (61) (62) (63). Ce biais de sélection est une limite à l'extrapolation des résultats.

Nous n'avons pas retrouvé de différence du sous-score FPFQ entre cinq-six mois de grossesse et la fin de grossesse ($p=0,348$) malgré une diminution de la prévalence des rapports sexuels et de la fréquence de l'orgasme. La littérature sur ce sujet rapporte pourtant une dégradation significative de la fonction sexuelle entre les trimestres grâce au FSFI (4) (12) (64). Contrairement à l'étude turque d'Erol et al. (12) en 2007 ainsi que Prado et al. (64) au Brésil en 2013, les mêmes femmes ont permis les calculs des sous-scores dans 3PN. Cette méthode ainsi que l'utilisation d'un questionnaire différent peuvent expliquer les différences de résultats.

Une augmentation de la symptomatologie a été observée après l'accouchement avec un maximum à deux mois du PP ($p=0,034$) ainsi qu'une diminution un an après l'accouchement ($p<0,001$). La revue de littérature de 2000 à 2015 de De Pierrepont et al. (35), ainsi que l'étude turque de Yildiz et al.(36) en 2013 et l'étude chinoise de Chang et al. (37) en 2010, ont également retrouvé une fonction sexuelle basse dans le PP immédiat mais qui s'améliore après deux à six mois du PP selon les études.

Dans notre étude, la diminution de la proportion de femmes ayant des rapports sexuels était significative entre l'inclusion et la fin de grossesse ($p=0,002$) ainsi que son augmentation entre deux et 12 mois du PP ($p<0,001$). La réponse binaire récupérée à cette question (oui/non) ne nous permettait pas d'étudier l'évolution de la fréquence des rapports. Cependant, d'autres études retrouvaient une diminution significative de la fréquence des rapports tout au long de la grossesse, avec un minimum observé au troisième trimestre (6) (13) (65). De Pierrepont et al. (35) ont observé que la fréquence des rapports sexuels était également diminuée dans le PP

immédiat notamment dans les deux premiers mois (16), puis augmentait progressivement les mois suivant.

Nous avons observé qu'un an après l'accouchement, 95,57% des femmes ayant répondu aux quatre périodes de recueil avaient repris les rapports. Selon les études, à six mois du PP, 89% à 100% des femmes avaient également repris les rapports (16) (20) (25) (38) (65). Seule l'étude australienne de Mc Donald et al (25) portant sur 1507 primipares a permis d'observer que 98% des femmes avaient repris les rapports à 18 mois du PP.

Tout au long de la grossesse, 66,46% des femmes de 3PN ont maintenu une activité sexuelle. En revanche, dans l'étude de Kouakou et al. (15) menée auprès de 200 ivoiriennes en 2010, 89% des femmes avaient des rapports tout au long la grossesse. Les différences culturelles et culturelles sur la sexualité peuvent expliquer cette différence.

Notre avons décrit une diminution de la fréquence de l'orgasme en fin de grossesse ($p=0,001$). Le taux d'anorgasme ne dépassait pas 4,08% sur toute la durée de l'étude. Ces résultats sont conformes à la littérature qui rapporte qu'entre un tiers et la moitié des femmes avaient une diminution de la fréquence de l'orgasme durant la grossesse, avec un taux d'anorgasme entre 2,8% et 52,7% en fin de grossesse (9) (13) (19) (20) (35) (65).

Les femmes de 3PN présentaient une augmentation de la fréquence de l'orgasme entre deux et 12 mois du PP ($p=0,026$). Les études ont également décrit une difficulté à atteindre l'orgasme dans le PP immédiat suivi d'une amélioration (20) (35) (40). Un an après l'accouchement, 69,56% des femmes de notre étude avaient généralement ou toujours un orgasme. L'étude de Connolly et al. (20) sur 150 femmes américaines en 2005, a retrouvé que 61% d'entre elles avaient un orgasme six mois après l'accouchement, ce qui est cohérent avec nos résultats.

Le moyen d'atteindre l'orgasme est un paramètre peu étudié tant pendant la grossesse que le PP. Nous avons observé que la stimulation clitoridienne et vaginale simultanée restait le moyen privilégié tout au long de l'étude. Près d'un tiers des femmes ont déclaré atteindre l'orgasme par stimulation clitoridienne à cinq-six mois de grossesse et en fin de grossesse. Cependant, l'étude turques d'Erol et al. (12) en 2007, a décrit que 94,2% des femmes avaient une sensation du clitoris diminuée pendant la grossesse. Notre étude ne nous permet pas d'infirmier ou d'affirmer ce résultat. D'autres études sont nécessaires afin d'évaluer l'évolution de la sensation clitoridienne et l'évolution du moyen d'atteindre l'orgasme pendant la grossesse et le PP, qui sont des paramètres importants pour l'épanouissement sexuel de la femme.

Il y a très peu de données dans la littérature sur les sensations lors de la pénétration. Nous n'avons pas trouvé de différences significatives entre les différents temps d'analyse. Pour 64,62% des femmes, la sensation est restée satisfaisante toute la durée de l'étude. A deux mois du PP, 21,51% des femmes de 3PN avaient une sensation absente ou minime et 15,06% à 12 mois du PP. L'étude de Signorello et al. (40) sur 626 femmes, aux Etats-Unis en 2001, a décrit six mois après l'accouchement, qu'un quart des primipares avaient une sensation sexuelle amoindrie.

D'après nos résultats, une diminution de la lubrification à deux mois du PP était observée ($p=0,012$). Cependant, 51,06% des femmes de 3PN étaient satisfaites de la lubrification tout au long de l'étude. Les études de Pauleta et al. (11) ainsi que Bartellas et al. (13), ont également montré un manque de lubrification durant la grossesse pour 4,4% à 37% des femmes et notamment dans le PP immédiat, suivi d'une amélioration progressive (35).

Nous avons décrit une augmentation de la fréquence des dyspareunies après l'accouchement à deux mois du PP ($p<0,001$). Plus de la moitié des femmes en décrivaient en fin de grossesse. L'étude de De Pierrepont et al. (6), retrouve également que la dyspareunie pendant la grossesse touche 6,5% à 68,8% des femmes. Les études retrouvent une association entre l'augmentation de la dyspareunie dans le PP immédiat et le type de lésion périnéale, le mode d'accouchement, l'extraction instrumentale ou encore le mode d'allaitement mais qui n'est plus significative à 6 mois du PP (35) (38) (40) (46).

Une diminution de la fréquence des dyspareunies a été décrite entre deux mois du PP et 12 mois du PP ($p<0,001$). Connolly et al. (20) ainsi que Signorello et al. (40) ont aussi décrit un taux de dyspareunies augmentant dans le PP puis diminuant rapidement avec un taux de 17% à 31% à six mois. 53,76% des femmes de 3PN ne présentaient pas de dyspareunies un an après l'accouchement. L'étude australienne de Mc Donald et al (25), a permis d'observer que 24% des femmes avaient des dyspareunies 18 mois après l'accouchement.

Nous avons pu observer que l'intensité des dyspareunies était maximale deux mois après l'accouchement ($p=0,005$) avec une EVA à 13,12/100, ce qui n'avait pas encore été étudié. Nous notons également que l'augmentation de l'EVA entre l'inclusion et 12 mois du PP était significative ($p=0,005$). La diminution de l'intensité des dyspareunies dans le PP reste plus élevée un an après l'accouchement (10,75/100) que lors de l'inclusion des femmes dans l'étude (7,16/100).

La gêne lors des rapports due aux dyspareunies augmentait entre la fin de la grossesse et deux mois du PP ($p=0,029$) et diminuait entre deux mois du PP et 12 mois du PP ($p=0,001$). Nous avons également pu décrire qu'une majorité des femmes n'étaient pas gênées par ces douleurs, ce que l'on ne retrouve pas dans la littérature. Certaines femmes peuvent décrire des dyspareunies sans pour autant que cela les gêne lors des rapports.

La diminution du plaisir observée de l'inclusion à l'accouchement n'était pas significative ($p=0,166$). Hors d'après les études, le plaisir sexuel était diminué chez 43,70% à 66,80% (6) (13) (19).

Nos résultats ont permis de décrire une diminution du plaisir ressenti significative entre la fin de grossesse et deux mois du PP ($p=0,015$) ainsi qu'une augmentation entre deux mois du PP et un an du PP ($p=0,014$). Peu de données existent sur le plaisir ressenti dans le post-partum (35). L'étude d'Hipp et al. sur 304 femmes a rapporté qu'elles avaient pour la majorité plus de plaisir avec la masturbation que lors de la pénétration ou de rapports oro-génitaux (66). L'absence de données sur ces paramètres dans 3PN ne nous permet pas d'affirmer ou d'infirmer ces résultats.

Pour 70,79% de femmes le plaisir était souvent ou toujours ressenti tout au long de l'étude et elles étaient entre 1,12% et 3,37% à ne pas en ressentir du tout. Dans la littérature, l'absence de plaisir pendant la grossesse a été décrit par 13,4% et 90,5% (6) (13) (19). Nous pouvons supposer que la sexualité des femmes de 3PN était plutôt satisfaisante car la moyenne du sous-score FPFQ n'excédait pas 3,29/10 tout au long de l'étude, ce qui permet d'expliquer ces différences.

Aucune différence concernant les modalités d'accouchement et les caractéristiques générales n'a été retrouvée entre les femmes ayant une sexualité améliorée et altérée un an après l'accouchement. Dans les deux groupes, toutes les femmes avaient repris les rapports sexuels. L'absence de données sur les femmes qui n'avaient pas repris les rapports a pu entraîner un biais de sélection qui pourrait par ailleurs expliquer l'absence de différences significatives entre les groupes. Nous pourrions penser que les femmes n'ayant pas répondu au questionnaire sont des patientes à la sexualité altérée dans le PP, qui trouvent ce sujet trop personnel et intime. La sexualité reste un sujet tabou, qui a pu particulièrement gêner certaines femmes interrogées.

Aucune étude n'avait comparé les caractéristiques des femmes aux issues sexuelles différentes un an après l'accouchement. Cependant, certains auteurs rapportent des associations entre les modalités d'accouchement et les dysfonctionnements sexuels dans les trois à six mois du PP.

D'après l'étude de Signorello et al. (40), les dyspareunies étaient significativement associées au degré du traumatisme périnéal à trois mois du PP ainsi qu'à l'extraction instrumentale et au fait d'allaiter à 6 mois du PP. Alors que l'étude de Klein et al. (43), sur 999 femmes canadiennes, a elle décrit un taux de dyspareunie similaire selon mode d'accouchement à trois mois du PP. Selon l'étude de Brummen et al. (67), aux Pays-bas, le fait de ne pas avoir de rapports satisfaisants à un an du PP est associé au fait de ne pas avoir de rapports sexuels à 14SA ($p=0,004$) et à un âge élevé ($p=0,034$).

5. CONCLUSION

Notre étude montre une dégradation globale de la qualité de la sexualité durant la grossesse et les premiers mois du post-partum avec une amélioration à 12 mois du post-partum. La majorité des femmes retrouvaient une sexualité satisfaisante un an après l'accouchement. Les caractéristiques maternelles et d'accouchement n'étaient pas significativement différentes entre les femmes ayant une sexualité positive/neutre et négative un an après l'accouchement. Cependant, une modification significative de tous les items du FPFQ sexualité a été observée chez les femmes aux issues sexuelles négatives.

Des facteurs de risques de dysfonctionnements sexuels un an après l'accouchement n'ont donc pu être mis en évidence dans notre étude durant la grossesse et l'accouchement. La sexualité est un domaine complexe dans lequel de nombreux facteurs entrent en compte. Lors de la transition à la parentalité, la sexualité du couple est plus vulnérable et affectée par tous les changements qu'entraînent cette nouvelle vie à trois. Dans une perspective de bien-être général, la prévention des troubles sexuels doit être systématique en consultation durant la grossesse et le PP. Les différences culturelles et sociales sont un frein à l'extrapolation des résultats des études étrangères. Pourtant, aucune étude française n'avait été réalisée sur la sexualité des femmes durant la grossesse et jusqu'à un an du PP.

Les expériences sexuelles sont très variables, l'étendue des pourcentages pour un même paramètre est grande. De nombreux facteurs restent peu étudiés. Le mode de vie socio-culturel, l'allaitement, l'image corporelle, l'asthénie, la relation de couple, le plaisir ressenti dans le post-partum, le moyen d'atteindre l'orgasme ou encore les activités non coïtales et les sentiments sont des paramètres importants pour l'épanouissement sexuel qui sont rares dans la littérature. D'autres études sont nécessaires afin de détecter d'éventuels facteurs de risques. Leur but étant d'organiser au plus tôt et au mieux la prise en charge des femmes à risque d'éventuels dysfonctionnements.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Courtois F, Bonierbale M. Médecine sexuelle : Fondements et pratiques. Lavoisier Médecine Sciences. 2016. 168 p.
2. INPES - Information sexuelle [Internet]. [cited 2016 Sep 13]. Available from: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
3. Carteiro DMH, Sousa LMR de, Caldeira SMA. Indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres grávidas: revisão integrativa de literatura. *Rev Bras Enferm.* 2016 Feb;69(1):165–73.
4. Alsibiani SA. Effects of pregnancy on sexual function. Findings from a survey of Saudi women. *Saudi Med J.* 2014 May;35(5):482–7.
5. Murtagh J. Female Sexual Function, Dysfunction, and Pregnancy: Implications for Practice. *J Midwifery Womens Health.* 2010 Sep;55(5):438–46.
6. de Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. [What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatality - part 1]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2016 Oct;45(8):796–808.
7. Chang S-R, Lin W-A, Lin H-H, Shyu M-K, Lin M-I. Sexual dysfunction predicts depressive symptoms during the first 2 years postpartum. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* 2018 Jan 25;
8. Lawrence E, Rothman A, Cobb R, Rothman M, Bradbury T. Marital satisfaction across the transition to parenthood. *J Fam Psychol.* 2008;41–50.
9. Uwapusitanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *J Med Assoc Thail Chotmai het Thangphaet.* 2004 Oct;87 Suppl 3:S45-49.
10. Gökyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther.* 2005 Jun;31(3):201–15.
11. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med.* 2010 Jan;7(1 Pt 1):136–42.
12. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med.* 2007 Sep;4(5):1381–7.

13. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2000 Aug;107(8):964–8.
14. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecology J*. 2014 Jan;25(1):5–14.
15. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2011 Feb;40(1):36–41.
16. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*. 1999 Jul;47(1):27–49.
17. Masters W, Johnson V. *Les réactions sexuelles*. Edditions Laffont. Paris; 1968.
18. Ganem M. *Manuel de sexologie* : Masson. Lopès Patrice, Poudat Fran Ois-Xavier, éditeurs. Vol. La sexualité des couples pendant la grossesse. 2007.
19. Adeyemi AB, Fatusi AO, Makinde ON, Omojuwa I, Asa S, Onwudiegwu U. Changes in sexual practices and responses among ante-natal clinic attendees in a Nigerian teaching hospital. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol*. 2005 Nov;25(8):796–802.
20. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecology J*. 2005 Apr 19;16(4):263–7.
21. Liu H-L, Hsu P, Chen K-H. Sexual Activity during Pregnancy in Taiwan: A Qualitative Study. *Sex Med*. 2013 Dec 1;1(2):54–61.
22. Kennedy CM, Turcea AM, Bradley CS. Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2009 Jun;105(3):236–9.
23. Queirós A, Conde P, Cunha V, Ambrósio P, Marques FJ, Serrano F. Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. *Rev Port Clínica Geral*. 2011 Sep;27(5):434–43.
24. Kisa S, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Güner T. Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy. *J Sex Marital Ther*. 2014;40(4):309–22.
25. McDonald E, Gartland D, Small R, Brown S. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2015 Apr 1;122(5):672–9.

26. Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol Urodyn*. 2002;21(1):2–29.
27. Wijma J, Weis Potters AE, Tinga DJ, Aarnoudse JG. The diagnostic strength of the 24-h pad test for self-reported symptoms of urinary incontinence in pregnancy and after childbirth. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008 Apr;19(4):525–30.
28. MacArthur C, Glazener CMA, Wilson PD, Herbison GP, Gee H, Lang GD, et al. Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol*. 2001 Jul;108(7):678–83.
29. Chaliha C, Kalia V, Stanton SL, Monga A, Sultan AH. Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. *Obstet Gynecol*. 1999 Nov;94(5 Pt 1):689–94.
30. Bradley CS, Kennedy CM, Nygaard IE. Pelvic floor symptoms and lifestyle factors in older women. *J Womens Health* 2002. 2005 Mar;14(2):128–36.
31. Su C-C, Sun BY-C, Jiann B-P. Association of urinary incontinence and sexual function in women. *Int J Urol Off J Jpn Urol Assoc*. 2015 Jan;22(1):109–13.
32. Lemaitre B. Sexualité et grossesse, souhaits et ressenti des femmes: Etudes prospective multicentrique réalisée auprès de 112 patientes au huitième et neuvième mois de grossesse. France; 2010.
33. Serati M, Salvatore S, Siesto G, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med*. 2010;
34. Bydlowski M. Transparence psychique de la grossesse et dette de vie [Internet]. *ERES*; 2010 [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ERES_DUGNA_2004_01_0073
35. 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)*. 2016 Oct;45(8):809–20.
36. Yıldız H. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(1):49–59.

37. Chang S-R, Chang T-C, Chen K-H, Lin H-H. Sexual function in women 3 days and 6 weeks after childbirth: a prospective longitudinal study using the Taiwan version of the Female Sexual Function Index. *J Sex Med.* 2010 Dec;7(12):3946–56.
38. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2000 Feb;107(2):186–95.
39. Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly A, Moalli P, Brown MB, et al. Sexual function 6 months after first delivery. *Obstet Gynecol.* 2008 May;111(5):1040–4.
40. 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.* 2001 Apr;184(5):881–90.
41. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJM, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *J Sex Med.* 2015 Jun;12(6):1415–26.
42. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health.* 2000 Jun;45(3):227–37.
43. 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 Obstétrique Gynécologie Can JOGC.* 2005 Apr;27(4):332–9.
44. Haadem K, Ohrlander S, Lingman G. Long-term ailments due to anal sphincter rupture caused by delivery — a hidden problem. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1988 Jan 1;27(1):27–32.
45. Mous M, Muller SA, de Leeuw JW. Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery: faecal incontinence and sexual complaints. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2008 Jan;115(2):234–8.
46. Xavier Fritel. Périnée et Grossesse [Pelvic floor and pregnancy]. *Gynecol Obstet Fertil,* 2010, 38 (5), pp.332-46. <10.1016/j.gyobfe.2010.03.008>. <inserm-00486397>.
47. Dabiri F, Yabandeh AP, Shahi A, Kamjoo A, Teshnizi SH. The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous Women. *Oman Med J.* 2014 Jul;29(4):276–9.

48. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V).
49. Le Centre pour la Santé et Éducation des Femmes - Dysfonction sexuelle féminine [Internet]. [cited 2016 Oct 12]. Available from: <http://www.womenshealthsection.com/content/print.php3?title=gyn032&cat=16&lng=french>
50. Amandine Paquereau. Les dyspareunies du post-partum. *Gynecology and obstetrics*. 2010. <dumas-00557017>.
51. Babazadeh R, Najmabadi KM, Mirzaii K, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2013 Jan;120(1):82–4.
52. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health*. 2004 Oct;49(5):430–6.
53. Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guermazi M, Amami O. [Female sexuality during pregnancy and postpartum: a study of 80 Tunisian women]. *Tunis Médicale*. 2012 Dec;90(12):873–7.
54. Groman E, André V. *Sexualité après la grossesse: point sur l'information dispensée par les sages-femmes et les besoins des femmes*. Nîmes, France; 2015.
55. Duchêne-Paton A-M. *Ce que veulent les femmes...: attentes des femmes enceintes au troisième trimestre envers leurs soignants quant à leurs vécu et représentations de la sexualité pendant la grossesse [Thèse d'exercice]*. [France]: Université d'Angers; 2013.
56. Vieira TCSB, de Souza E, Abdo CHN, Torloni MR, Santana TGM, Leite APL, et al. Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. *J Sex Med*. 2012 Oct;9(10):2516–24.
57. Deparis J, Bonniaud V, Desseuve D, Guilhot J, Masanovic M, De Tayrac R, et al. Adaptation culturelle du Female Pelvic Floor Questionnaire (FPFQ) en langue française. *Prog En Urol*. 2017 Sep 1;27(11):576–84.
58. Schurch B, Denys P, Kozma CM, Reese PR, Slaton T, Barron R. Reliability and validity of the Incontinence Quality of Life questionnaire in patients with neurogenic urinary incontinence. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007 May;88(5):646–52.

59. Schurch B, Denys P, Kozma CM, Reese PR, Slaton T, Barron RL. Botulinum toxin A improves the quality of life of patients with neurogenic urinary incontinence. *Eur Urol*. 2007 Sep;52(3):850–8.
60. Le taux d'emploi des hommes et des femmes - Insee Première - 1462 [Internet]. [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281064>
61. Tabac - Alcool - Toxicomanie – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cited 2018 Apr 4]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372634?sommaire=1372680&q=tabac>
62. Femmes et hommes – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cited 2018 Apr 4]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303378?sommaire=3353488&q=niveau+%C3%A9tude+femme>
63. Couples - Familles - Ménages en 2014 – France métropolitaine | Insee [Internet]. [cited 2018 Apr 4]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2873899?geo=METRO-1>
64. Prado DS, Lima RV, de Lima LMMR. [Impact of pregnancy on female sexual function]. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstetrícia*. 2013 May;35(5):205–9.
65. Robson KM, Brant HA, Kumar R. Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol*. 1981 Sep;88(9):882–9.
66. Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J Sex Med*. 2012 Sep;9(9):2330–41.
67. van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz APM, van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2006 Aug;113(8):914–8.

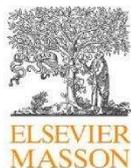
7. ANNEXES

Annexe I : Female Pelvic Floor Questionnaire : partie sexualité

3PN	Centre _1_	Nom _	Prénom _	N° _ _
Les rapports sexuels				
28. Quel a été le niveau de votre envie sexuelle (libido) au cours du dernier mois ?	Absente Basse Moyenne Haute	<input type="checkbox"/> _a <input type="checkbox"/> _b <input type="checkbox"/> _c <input type="checkbox"/> _d		
29. Avez-vous des rapports sexuels ?	Non Parfois (1 fois par semaine ou moins) Souvent (plus d'une fois par semaine) Tous les jours ou presque	<input type="checkbox"/> _a <input type="checkbox"/> _b <input type="checkbox"/> _c <input type="checkbox"/> _d		
30. Si non, pour quelle raison ? [si vous répondez Pas de partenaire, Pas d'envie ou Partenaire non disponible, vous n'avez pas à répondre aux questions 31 à 39]	Pas de partenaire Pas d'envie Partenaire non disponible Douleur ou sécheresse vaginale Gêne liée l'incontinence ou prolapsus Autre raison :	<input type="checkbox"/> _a <input type="checkbox"/> _b <input type="checkbox"/> _c <input type="checkbox"/> _d <input type="checkbox"/> _e <input type="checkbox"/> _f		
31. Parvenez-vous à l'orgasme (plaisir sexuel) ?	Rarement Quelquefois Généralement Toujours	<input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₀		
32. Vous parvenez à l'orgasme avec ?	Je n'atteins pas l'orgasme La stimulation du clitoris La pénétration vaginale Les deux Autre :	<input type="checkbox"/> _a <input type="checkbox"/> _b <input type="checkbox"/> _c <input type="checkbox"/> _d <input type="checkbox"/> _e		
33. Lors de la pénétration vaginale, la sensation est ?	Absente Minime Agréable Très agréable	<input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₀		
34. La lubrification vaginale est-elle suffisante lors des rapports ?	Oui Non	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁		
35. Les rapports sexuels sont-ils douloureux ?	Non Parfois Souvent Toujours	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃		
36. La douleur est située	Pas de douleur A l'entrée du vagin ? Au fond du vagin ? Aux deux endroits ?	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂		
37. Un rapport sexuel est-il agréable pour vous ?	Pas du tout Parfois Souvent Toujours	<input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₀		
38. Si vous avez des douleurs lors des rapports sexuels, de quelle manière ces douleurs retentissent-elles sur les rapports ?	Les douleurs ne gênent pas les rapports Les douleurs gênent les rapports mais n'obligent pas à les interrompre Les douleurs obligent parfois à interrompre le rapport Les rapports sont impossibles à cause de la douleur	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃		
39. Reportez par une croix sur l'échelle ci-après l'intensité moyenne des douleurs ressenties lors des rapports sexuels				

Annexe II : Protocole d'étude 3PN

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2008) 37, 441–448

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

TRAVAIL ORIGINAL

Prévenir l'incontinence urinaire postnatale par la rééducation périnéale prénatale ? Rationnel et protocole de l'étude randomisée multicentrique prévention périnéale prénatale (3PN)

Prevent postnatal urinary incontinence by prenatal pelvic floor exercise? Rationale and protocol of the multicenter randomized study PreNatal Pelvic floor Prevention (3PN)

X. Fritel^{a,*}, A. Fauconnier^b, R. de Tayrac^c, J. Amblard^d,
L. Cotte^e, H. Fernandez^f

^a Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier Félix-Guyon, CHR de la Réunion, Bellepierre, 97405 Saint-Denis cedex, Réunion

^b CHI Poissy–Saint-Germain, France

^c CHU Caremeau, Nîmes, France

^d CHU Hôtel-Dieu, Clermont-Ferrand, France

^e CIC-EC Réunion, Réunion

^f CHU Antoine-Béclère, AP–HP, Clamart, France

Reçu le 2 janvier 2008 ; avis du comité de lecture le 9 avril 2008 ; définitivement accepté le 17 avril 2008
Disponible sur Internet le 3 juin 2008

MOTS CLÉS

Incontinence urinaire ;
Rééducation périnéale ;
Grossesse ;
Étude randomisée

Résumé

Introduction. – L'incontinence urinaire (IU) féminine est fréquente, handicapante et coûteuse. La relation entre la grossesse et IU est connue, l'IU apparue pendant la grossesse est un facteur risque pour l'IU permanente. La rééducation périnéale postnatale améliore l'IU postnatale. Mais il n'est pas certain que le bénéfice de la rééducation persiste après quelques mois. La publication de notre argumentaire pour la rééducation périnéale prénatale est l'occasion de présenter nos hypothèses a priori et de sensibiliser les professionnels de santé.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : fritel.xavier@orange.fr (X. Fritel).

KEYWORDS

Urinary incontinence;
Pelvic floor exercise;
Pregnancy;
Randomized study

Objectif. – L'objectif de l'étude prévention périnéale prénatale (3PN) est de comparer l'effet sur l'IU à un an du postpartum de la rééducation périnéale par rapport à la délivrance d'informations écrites seules.

Méthode et population. – C'est une étude randomisée multicentrique en simple insu. Les principaux critères d'inclusion sont première grossesse, simple, non compliquée, après 18 ans. Il est prévu pour le groupe rééducation huit séances de rééducation périnéale entre le sixième et le huitième mois de grossesse. Le critère de jugement principal est le score d'IU (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form [ICIQ-SF]) à un an du postpartum. Il est prévu d'inclure 280 femmes dans cinq centres pendant un an pour pouvoir montrer une différence d'un point sur le score d'IU.

Éthique et financement. – Cette étude a reçu un avis favorable du Comité de protection des personnes Sud-Ouest et Outre-Mer. Elle est enregistrée à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et sur ClinicalTrials.gov. Elle est financée par le ministère de la Santé grâce au Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) 2007.

Perspectives. – Nous avons prévu de préciser si la rééducation périnéale prénatale est susceptible de réduire le nombre de consultations médicales et de séances de rééducation postnatales. © 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. – Female urinary incontinence (UI) is a frequent affection that generates handicap and expenses. There is a link between UI and pregnancy; onset of UI during pregnancy is a risk factor for permanent UI. Postnatal pelvic floor exercise has shown efficacy to improve postnatal UI. However, it remains uncertain if benefits last more than few months. Publication of our rationale for prenatal pelvic floor exercise is an opportunity to expose our pre-specified hypotheses and help health professionals' awareness.

Objectives. – The purpose of PreNatal Pelvic floor Prevention (3PN) is to compare the effects of prenatal pelvic floor exercise versus sole written instructions on UI one year after delivery.

Methods and population. – It is a multicenter, randomized, single blind study. Main inclusion criteria are first, single and non-complicated pregnancy over 18 years. Women randomized in pelvic floor exercise group will undergo eight sessions with a physiotherapist between six and eight months of pregnancy. Our principal criterion is UI score (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form [ICIQ-SF]) one year after delivery. We plan to include 280 pregnant women in five centers over a 12-month screening period to show a one-point difference on UI score.

Ethic and financing. – The study was approved by the IRB Comité de protection des personnes Sud-Ouest et Outre-Mer. It was registered by French Health Products Safety Agency (AFSSAPS) and ClinicalTrials.gov. It is supported by the French Ministry of Health through the 2007 Hospital Plan for Clinical Research (PHRC).

Perspectives. – We plan to assess if prenatal pelvic floor exercise reduces postnatal medical consultations or physiotherapy sessions.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

L'incontinence urinaire (IU) est une pathologie fonctionnelle fréquente, handicapante et coûteuse. Elle touche en Europe 65 millions de personnes environ. En France, 30 à 50 % des femmes en âge de procréer rapportent des fuites involontaires d'urine au cours des 30 derniers jours [1]. Elle est susceptible d'altérer la qualité de vie et d'entraîner un handicap [2]. Après 65 ans, l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie dépasse celui d'autres pathologies chroniques, comme l'hypertension artérielle, l'angine de poitrine ou le diabète [3]. Le coût de la prise en charge d'une incontinence apparue en cours de grossesse ou dans l'année suivante est estimé entre 1438 et 5606 € en Australie [4]. En France, le coût global de l'incontinence urinaire est estimé à 4,6 milliards d'euros [5]. Aux États-Unis le coût annuel direct de l'incontinence urinaire féminine est estimé à 12,4 milliards de dollars, ce qui est supérieur à celui du cancer du sein [6].

L'incontinence urinaire est habituellement classée, selon les circonstances de fuite (à l'effort, par urgenturie, autres circonstances), en sachant que plusieurs circonstances peuvent coexister (l'incontinence mixte associe l'incontinence à l'effort et l'incontinence par impériosité). L'existence d'une relation entre la grossesse et l'incontinence urinaire d'effort est clairement établie tant sur le court terme que sur le moyen ou le long terme [7–9]. En revanche, la part de ce qui revient à l'accouchement proprement dit et de ce qui revient à la grossesse reste discutée [10]. L'incontinence urinaire est fréquente au cours de la première grossesse et sa prévalence est maximale en fin de grossesse où 30 à 50 % des femmes enceintes sont alors touchées [11,12]. Il existe une rémission après l'accouchement, avec une prévalence entre 7 et 30 % trois mois après, suivie d'une ré-ascension progressive les années suivantes [12–14]. L'incontinence urinaire apparue en cours de grossesse ou juste après est un des principaux facteurs de risque conduisant à une incontinence urinaire permanente

[8,11,15,16]. Cependant, il n'est pas clair si l'incontinence urinaire transitoire de la grossesse et l'incontinence urinaire permanente de la maturité reposent sur les mêmes mécanismes physiopathologiques. Il se pourrait qu'une partie de l'incontinence périnatale ne soit finalement qu'une incontinence physiologique et transitoire liée aux modifications réversibles de la grossesse. D'un autre côté, il se peut que la grossesse, le travail ou l'accouchement puissent entraîner des lésions irréversibles qui se manifesteront plus tard.

L'impact de ce handicap sur la santé des femmes explique que « Réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire » chez la femme fait partie des 100 objectifs de santé publique définis en 2004 par le parlement [17]. La réalisation d'un tel objectif nécessite, en particulier d'identifier les facteurs modifiables accessibles à une prévention. Parmi ces facteurs, la rééducation périnéale est proposée depuis plusieurs années pour la prévention des troubles urinaires de la grossesse et du postpartum [18].

Rationnel et hypothèses

Il est habituel de conseiller verbalement aux femmes enceintes de faire des « exercices de contraction du périnée », au cours de leur grossesse pour éviter l'incontinence [19]. Ces instructions peuvent être considérées comme le standard actuel. Toutefois, elles sont mal évaluées, ne sont pas systématiquement données (en particulier sous forme écrite) et ne sont pas toujours appliquées par les femmes. Une étude comparative rapporte que la tonicité périnéale semble meilleure après instructions verbales, mais elle ne rapporte pas d'effet sur les symptômes d'incontinence [20].

La rééducation périnéo-sphinctérienne, guidée par un thérapeute, est un traitement efficace de l'incontinence urinaire d'effort de la femme [21]. Sa prescription est recommandée de première intention par l'Anaes en cas d'incontinence urinaire d'effort de la femme [22–24]. La rééducation périnéale du postpartum, habituellement débutée deux mois après l'accouchement, a montré son efficacité pour traiter ou diminuer la gêne liée à l'incontinence urinaire [25–28]. Mais il n'est pas certain que le bénéfice de cette rééducation puisse persister après quelques années [29]. De même que les lésions qui conduisent à l'incontinence urinaire ne sont pas clairement identifiées, le mécanisme d'action de la rééducation périnéale reste mal connu. Existe-t-il un effet direct sur les lésions irréversibles provoquées par l'accouchement ou un effet compensateur par mobilisation de toute la musculature périnéale? La prescription systématique, c'est-à-dire chez des femmes ne souffrant pas ou peu d'incontinence, de la rééducation périnéale postnatale était, jusqu'à peu, une pratique très largement répandue en France. En l'absence d'étude randomisée, cette pratique préventive n'est cependant fondée sur aucune donnée scientifique sérieuse. La réalisation d'un essai randomisé dans le postpartum pose plusieurs problèmes méthodologiques. Du fait de la pratique répandue de la kinésithérapeute préventive, il est peu probable qu'une randomisation dans le groupe placebo soit acceptée par les patientes symptomatiques et les médecins. Et vouloir tester l'hypothèse d'un effet préventif de la kinésithérapeute du postpartum suppose de sélectionner une population

indemne d'incontinence, c'est-à-dire à faible risque de développer plus tard une incontinence de la maturité.

Plutôt que d'attendre le postpartum pour débiter la rééducation thérapeutique sur symptômes, quelques auteurs ont cherché à évaluer la rééducation périnéale périnatale préventive: Sampselle et al. (États-Unis) ont été les premiers à conduire une étude randomisée sur le sujet [30]. Dans une étude portant sur 72 femmes, ils ont montré que la rééducation périnéale périnatale (sous forme d'instructions écrites) permettait de diminuer la fréquence des symptômes d'incontinence urinaire, non seulement pendant la grossesse à 35 SA, mais aussi six semaines et six mois après l'accouchement. Toutefois, ces résultats positifs de la rééducation périnatale n'apparaissent plus à un an du postpartum. Il faut noter que la rééducation périnatale consistait seulement en une instruction écrite recommandant 30 contractions périnéales par jour.

Mørkved et al. (Norvège), dans une étude randomisée portant sur 301 femmes nullipares, ont rapporté qu'une rééducation périnatale avec des exercices intensifs (une heure par semaine avec un kinésithérapeute pendant 12 semaines), a un effet de prévention sur l'apparition d'une incontinence urinaire durant la grossesse et après l'accouchement [12]. À 36 SA, les femmes rééduquées avaient une incontinence urinaire dans 32% des cas contre 48% dans le groupe témoin ($p=0,007$). À trois mois, il y avait 20% d'incontinence urinaire dans le groupe rééduqué contre 32% dans le groupe témoin ($p=0,018$). Ces exercices amélioraient la tonicité des muscles périnéaux non seulement en fin de grossesse (36 SA) mais aussi trois mois après l'accouchement. Dans cette étude, toutes les femmes avaient reçu une information orale individuelle concernant l'anatomie du périnée et la façon de le contracter. Un rééducateur vérifiait cliniquement (par un toucher vaginal) la bonne contraction périnéale volontaire. Celles qui étaient randomisées dans le groupe rééducation avaient, en plus, des séances de rééducation. Ces séances duraient 60 minutes et avaient lieu une fois par semaine pendant 12 semaines (de 20 à 36 SA). Les exercices étaient définis comme suit: contraction périnéale maximale à maintenir pendant six à huit secondes, à la fin de cette contraction maximale, soutenue dans le temps, réaliser trois ou quatre autres contractions brèves. Ces exercices étaient répétés en position allongée, assise, accroupie et debout jambes écartées. Les femmes faisaient également des exercices de relaxation (en particulier respiratoire) et de contraction des muscles du dos, de l'abdomen et des membres. Enfin, les instructeurs les encourageaient à faire huit à 12 contractions périnéales deux fois par jour à leur domicile, entre chaque séance de rééducation.

Reilly et al. (Royaume-Uni), dans une autre étude randomisée incluant 268 femmes enceintes pour la première fois, ont également rapporté une moindre fréquence d'incontinence urinaire du postpartum chez les femmes ayant eu une rééducation périnatale (19% versus 32% dans le groupe témoin) [31]. La rééducation comportait une séance mensuelle avec un thérapeute à partir de 20 SA, associée à des exercices à domicile. Les exercices à domicile devaient comporter deux fois par jour trois séries de huit à 12 contractions chacune maintenue pendant six secondes. Cette étude n'incluait que des femmes ayant une hypermobilité cervico-urétrale mesurée par échographie.

Ces trois études monocentriques sont hétérogènes dans leurs méthodes et leur population. Il nous semble difficile de généraliser ces résultats tant les pratiques obstétricales (taux de péridurale, césarienne, forceps, épisiotomie) peuvent être différentes d'un pays à un autre [32]. La question du coût est également déterminante. Les travaux antérieurs sont-ils suffisants pour généraliser la pratique de la rééducation prénatale sans mesurer au préalable l'impact de cette pratique sur le nombre de séances de rééducation (pré- et postnatales) prescrit? L'effet de la rééducation prénatale sur le déroulement de l'accouchement lui-même est peu étudié. Certains auteurs ont suggéré que les exercices périnéaux puissent diminuer le risque de périnée complet associé aux épisiotomies [33]. Salvesen et al. ont rapporté dans une étude randomisée (même patientes que l'étude de Mørkved et al. citée plus haut) que l'expulsion était moins souvent prolongée chez les femmes ayant eu une rééducation prénatale (22% de phases d'expulsion durant plus de 60 minutes dans le groupe rééduqué contre 37% dans le groupe témoin, $p=0,03$). En revanche, les taux d'extraction instrumentale étaient similaires dans les deux groupes (15 et 19%) [34].

Les travaux antérieurs ne répondent pas sur la prévention durable de l'incontinence urinaire chez la femme accouchée, c'est-à-dire non seulement à trois mois mais aussi un an et plus après l'accouchement. Seule l'étude de Sampelle et al. qui portait sur un petit nombre de femmes disposait d'un suivi au-delà de trois mois. Il existait un effet à six mois, mais plus d'effet significatif à 12 mois. Enfin, si la rééducation prénatale (« préventive ») est efficace à un an, est-elle plus efficace que l'usage habituel qui propose la rééducation postnatale (« thérapeutique ») aux femmes symptomatiques après leur accouchement? Cette rééducation du prépartum est-elle susceptible de réduire le nombre de consultations et le nombre de séances de rééducation en postpartum? Y a-t-il un intérêt à faire des exercices systématiques en prépartum si une rééducation du postpartum ciblée chez les femmes symptomatiques fait aussi bien? C'est pourquoi nous proposons de faire le point à deux et 12 mois de l'accouchement. Le point à deux mois précisera l'effet propre de la rééducation prénatale sur les symptômes périnéaux du postpartum.

L'effet préventif est-il le même chez toutes les accouchées ou existe-t-il un groupe de femmes à risque chez qui le bénéfice serait supérieur? Reilly avait choisi une population sélectionnée de femmes enceintes présentant une hypermobilité urétrale. Même si l'on sait que c'est dans ce groupe de femmes que l'on rencontre plus d'incontinence du postpartum [35], il n'existe pas d'argument permettant d'affirmer que c'est ce groupe de femme qui va tirer le plus de bénéfices de la rééducation prénatale. Pour préciser dans quelle mesure il est possible de prévoir en prénatal la survenue des troubles périnéaux et l'efficacité de la rééducation, nous avons prévu un questionnaire, un examen clinique détaillé et une échographie urétrale lors de l'inclusion. Cette question nous ramène à la question plus générale qui est de savoir par quel mécanisme la grossesse et l'accouchement sont susceptibles d'entraîner des troubles de la statique pelvienne liés à la grossesse et à l'accouchement et comment les prévenir. Plusieurs mécanismes réversibles ou irréversibles ont été suggérés pour expliquer l'effet de la grossesse et de l'accouchement sur le périnée : dénervation [36], déchirure méconnue [37], hormones de la grossesse

[38], poids de l'utérus [39], mobilité des organes pelviens [40], insuffisance sphinctérienne. DeLancey et al. ont montré que les principaux mécanismes de l'incontinence urinaire d'effort apparue après l'accouchement étaient l'insuffisance sphinctérienne et la mobilité urétrale sans qu'ils puissent expliquer à eux deux plus de 37% des incontinenances de novo [41]. On peut supposer que des mécanismes différents se traduisent par des circonstances de fuite différentes. Si l'accouchement vaginal met en œuvre des mécanismes, délétères pour la continence (supposés irréversibles), différents de ceux de la grossesse (supposés réversibles), il n'y a pas de raison pour que la symptomatologie urinaire soit identique en fin de grossesse et après l'accouchement. Nous devrions donc observer une modification des circonstances des fuites après l'accouchement. De la même manière, il est probable que la rééducation périnéale n'agisse pas avec la même efficacité sur tous les symptômes périnéaux. C'est pourquoi nous avons prévu une analyse fine des symptômes périnéaux en utilisant, en particulier un questionnaire détaillé des circonstances de fuite.

Cette publication est l'occasion pour nous d'exposer nos objectifs et nos hypothèses a priori. Cette démarche s'inscrit dans les recommandations concernant les essais randomisés ou les enquêtes épidémiologiques [42,43]. Développer notre argumentaire nous permet également de sensibiliser tous les acteurs médicaux intéressés par notre étude qu'ils soient investigateurs, médecins traitants, prescripteurs de rééducation ou rééducateurs.

Objectifs de l'étude

Comparer la rééducation périnéale prénatale à la délivrance d'instructions écrites seules, sur la gravité de l'incontinence urinaire à 12 mois du postpartum, dans une population de femmes nullipares menant une grossesse unique non compliquée.

Nos autres objectifs sont les suivants :

- de déterminer si la rééducation prénatale préventive permet de réduire les dépenses de rééducation postnatale ;
- d'estimer l'effet préventif de la rééducation prénatale sur l'incontinence urinaire de fin de grossesse ;
- d'estimer l'effet de la rééducation périnéale prénatale sur le déroulement de l'accouchement (durée des efforts expulsifs, mode d'accouchement, état du périnée, état de l'enfant) ;
- de déterminer s'il existe un sous-groupe dépistable en prénatal qui bénéficie le plus de la rééducation périnéale prénatale ;
- d'estimer l'effet préventif de la rééducation prénatale sur les autres troubles périnéaux (incontinence anale, prolapsus, troubles sexuels, douleurs) en fin de grossesse, à deux et 12 mois du postpartum ;
- d'écrire l'évolution de l'incontinence urinaire (et des autres troubles périnéaux) au cours de la grossesse et du postpartum afin de distinguer le rôle propre de la grossesse du travail et du mode d'accouchement ;
- de préciser si l'examen prénatal (l'examen d'inclusion) permet d'identifier une population à risque d'incontinence urinaire du postpartum (ou des autres troubles périnéaux).

Description du protocole

Il s'agit d'une étude multicentrique randomisée et contrôlée en simple insu selon deux groupes parallèles : rééducation périnéale prénatale versus information écrite seule. La délivrance d'une information écrite sur le périnée (en Annexe A) nous a semblé indispensable, afin que l'information du groupe témoin soit la plus homogène possible à une époque où les traités de vulgarisation et les forums féminins sur Internet évoquent systématiquement les exercices périnéaux de la grossesse. Même si la femme n'est pas au fait de ces informations, la notice d'information conduira inévitablement à un questionnement sur le sujet.

La visite d'inclusion est prévue à partir du cinquième mois de grossesse pour recueillir le consentement éclairé et réaliser l'évaluation initiale. La randomisation en deux groupes équilibrés sera effectuée par tirage au sort en insu de l'investigateur. Les huit séances de rééducation seront effectuées entre le sixième et le huitième mois. Un questionnaire est prévu au neuvième mois de grossesse. L'objectif de ce questionnaire est d'estimer les troubles périnéaux avant l'accouchement et de mesurer le travail rééducatif personnel. Ce questionnaire et les détails sur l'accouchement seront recueillis avant la sortie de la maternité. Une visite reprenant la même évaluation que la visite d'inclusion est prévue deux mois après l'accouchement. L'objectif de ce questionnaire et de cet examen clinique est d'évaluer les troubles périnéaux avant que les femmes reprennent leurs activités ou entreprennent une rééducation postnatale. Le questionnaire comprend également une partie sur le travail rééducatif personnel effectué au cours des sept jours précédant la visite. Afin que cette évaluation soit en insu, l'investigateur ne sera pas informé du groupe de randomisation. Un questionnaire est prévu 12 mois après l'accouchement. Ce questionnaire a pour objectif d'estimer l'efficacité de la rééducation prénatale sur la continence urinaire à distance de la grossesse et de l'accouchement. Le questionnaire détaillera les événements survenus depuis l'accouchement, en particulier le nombre de séances de rééducation postnatale (prescrites et effectuées), le travail rééducatif personnel et les consultations motivées par des troubles périnéaux.

Cinq centres agréés à mener à bien des investigations cliniques participeront à l'étude. Les centres et investigateurs sont le CHD Félix-Guyon à Saint-Denis de la Réunion, le CHU Antoine-Béclère à Clamart, le CHI Poissy-Saint-Germain, le CHU Caremeau à Nîmes et le CHU Hôtel-dieu à Clermont-Ferrand.

L'étude portera sur 280 femmes. Les femmes incluses seront âgées de plus de 18 ans, sachant lire le français, enceinte entre 20 et 28 SA, ayant donné son consentement écrit pour participer à l'étude et affiliée à un régime de Sécurité sociale. Seront exclues les femmes ayant un antécédent d'accouchement ou de fausse-couche tardive (après 22 SA), une grossesse multiple, une grossesse pathologique, une situation empêchant ou contre-indiquant des visites supplémentaires pendant la grossesse, éloignées d'un cabinet de rééducation, déjà incluses dans un autre essai clinique, ou ayant bénéficié d'une rééducation périnéale au cours des six mois précédant la grossesse.

Outils d'évaluation

L'évaluation initiale comporte un *pad-test* réalisé sur 24 heures, un examen clinique avec cotation du prolapsus génital, un test périnéal et un test à la toux. Deux centres mesureront la mobilité échographique du col vésical [44]. Les questionnaires sont l'International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF), score international d'incontinence urinaire validé en français, il constitue le critère de jugement principal [45]. Il est complété par un autre score de symptômes pour les autres troubles urinaires et périnéaux et par un questionnaire détaillé des circonstances de fuite [46]. La qualité de vie sera appréciée à l'aide de questionnaire Contilife [47] et EuroQoL-5D [48]. Deux questionnaires supplémentaires, PFDI-20 et PFQJ-7 seront délivrés à l'inclusion, en fin de grossesse et lors de la visite postnatale dans le centre de Nîmes [49]. L'évaluation lors des visites suivantes suit le même plan que l'évaluation initiale.

Pour montrer à 12 mois du postpartum une différence d'un point sur le score d'incontinence (ICIQ-SF) il faut 182 sujets ($S.D. = 2,4$, $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,20$ et une formulation bilatérale). En raison des pertues de vue (estimées à un tiers) il est prévu d'inclure 280 femmes.

Rééducation prénatale et information écrite

La rééducation prénatale sera réalisée par une sage-femme ou un kinésithérapeute. Elle comportera huit séances entre le sixième et le huitième mois de grossesse à raison d'une à deux par semaine. Le travail à domicile sera encouragé. Il est prévu de délivrer une information écrite sur le périnée aussi bien dans le groupe témoin que dans le groupe rééducation prénatale. Toute rééducation périnéale réalisée hors protocole par une sage-femme ou kinésithérapeute est interdite entre l'inclusion et la visite du postpartum. La rééducation postnatale ne pourra débuter qu'après la visite du postpartum. La prescription systématique d'une rééducation postnatale est interdite. Elle n'est indiquée qu'en cas de symptômes périnéaux conformément aux recommandations de l'Anaes [24].

Conclusion

L'étude permettra de préciser si une rééducation périnéale prénatale permet de diminuer le score d'incontinence urinaire un an après l'accouchement et le nombre de séances de rééducation postnatales.

Éthique et financement

Le protocole de l'étude a reçu un avis favorable du Comité de protection des personnes Sud-Ouest et Outre-Mer en septembre 2007. L'étude est enregistrée à l'Afssaps sous le numéro 2007-A00641-52 et sur ClinicalTrials.gov sous le numéro NCT00551551. Les premières inclusions ont débuté en novembre 2007. Ce projet est financé par le ministère de la Santé grâce au Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) 2007.

Remerciements

À Karine Achaintre qui a conçu le dépliant d'information sur le périnée ; à Cécile Dalban et Adrian Fianu qui ont écrit le plan d'analyse ; à Xavier Deffieux et Claude Richet qui ont participé à l'élaboration du protocole ; et à tous

les investigateurs non encore cités, Pierre Mares, Joël Agenor, Georges Bader, Fabrice Cuiller, Anne-Claire Donnadieu, Sonia Estrade, Brigitte Fatton, Ahmet Gueye, Magali Hilmi-Leroux, Marie-Lise Mathé, Grégory Triopon, Denis Savary.

Annexe A

- faire une rééducation abdominale, c'est que votre périnée va bien.
- ou faire une rééducation périnéale plus spécifique avec une sage-femme ou un kinésithérapeute. Cette rééducation n'est pas douloureuse et permet, à l'aide d'une sonde placée dans le vagin, de travailler les muscles du périnée. Elle peut être suivie d'une rééducation abdominale.

Et dans l'avenir ?

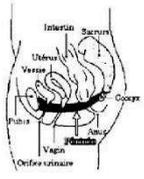
Chaque grossesse peut entraîner les troubles urinaires, intestinaux ou sexuels dont nous avons déjà parlé. C'est pourquoi il faut protéger et tonifier son périnée à chaque grossesse ou à l'apparition du moindre trouble. Il n'est jamais trop tard pour en parler et pour entreprendre une rééducation.

Votre périnée...

ACHAINTRE Karine Sage-Femme

Le périnée, c'est quoi ?

C'est un muscle large en forme de hamac tendu entre le pubis et le coccyx qui ferme en bas la cavité abdominale. Il est traversé en trois endroits : le canal urinaire, le vagin et le rectum.



Pourquoi faut-il en prendre soin ?

Le périnée assure le soutien de la vessie, de l'utérus et de l'intestin. Pendant la grossesse et l'accouchement, il est soumis à de fortes tensions. De plus les muscles ont tendance à se relâcher sous l'effet de certaines hormones.

Le muscle ainsi affaibli peut provoquer des troubles tels que :

- Fuites d'urine, difficulté à se retenir

- Difficulté à retenir des selles ou des gaz
- Descente d'organes appelé prolapsus
- Douleurs pendant les rapports sexuels ou mauvaise tonicité

Pour éviter l'apparition de ces troubles ou pour y remédier, que faut-il faire ?

Savoir exercer son périnée

Le périnée est un muscle, il suffit de l'exercer pour le rendre plus fort. Mais comment le contracter ?

Vous ressentez la contraction de ce muscle lorsque vous retenez une envie d'uriner ou lorsque vous retenez un gaz. Poser l'extrémité de l'index entre l'anus et le vagin pour sentir la contraction. Il est important de ne pas contracter les abdominaux, les fesses ou les cuisses en même temps. Vous devez également respirer normalement pendant cet exercice.

Maintenant que vous savez contracter ce muscle, il vous suffit de faire des séries de dix ou vingt contractions par jour. Une contraction dure cinq secondes et on se repose dix secondes. Cet exercice est d'abord fait couché puis assis, debout et enfin en marchant. Il est fait aussi avant de tousser ou d'éternuer.

Il est impératif de faire ces exercices en dehors de toute envie d'uriner. Le stop-pipi ne sera fait que pour tester l'efficacité de vos exercices, car il peut favoriser les infections urinaires ou de mauvais réflexes de la vessie s'il est fait trop souvent.

Quelques conseils

- Eviter la station debout trop prolongée
- Eviter le port de charges lourdes
- Abandonner la gymnastique abdominale ainsi que certains sports (équitation, course), préférer la natation ou la marche
- Eviter la constipation (manger des fruits, des légumes, des fibres, bien boire)

Tous ces conseils visent à éviter les efforts de poussée abdominale qui fatiguent le périnée. Les sports pourront être repris après avoir vérifié le bon état de votre périnée.

Quand ?

Ces conseils sont à suivre pendant la grossesse et après l'accouchement. Ce n'est que six semaines après l'accouchement, lors de la visite postnatale que votre médecin vérifie l'état du périnée.

Il faut alors lui signaler tout problème urinaire. Il décidera si vous devez :

Références

- [1] Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004;93:324–30.
- [2] Saadoun K, Ringa V, Fritel X, Varnoux N, Zins M, Bréart G. Negative impact of urinary incontinence on quality of life, a cross-sectional study among women aged 49-61 years enrolled in the GAZEL cohort. *Neurourol Urodyn* 2006;25:696–702.
- [3] Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life of the Elderly. *Am J Manag Care* 2005;11:5103–11.
- [4] Ho M, Kuteesa W, Short A, Eastwood A, Moore K. Personal and treatment costs of childbirth related incontinence. *Neurourol Urodyn* 2006;25:513–4.
- [5] Lecomte D. Rapport 2003: Aides techniques aux personnes handicapées: Situation actuelle, données économiques, propositions de classification et de prise en charge. http://archives.handicap.gouv.fr/point_presse/rapports/lecomte/part2.pdf.
- [6] Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2001;98:398–406.
- [7] Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003;348:900–7.
- [8] Fritel X, Fauconnier A, Levat C, Bénifla JL. Stress urinary incontinence four years after the first delivery: a retrospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:941–5.
- [9] Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Fauconnier A, Piau S, Bréart G. Mode of delivery and severe stress incontinence. A cross-sectional study among 2625 perimenopausal women. *BJOG* 2005;112:1646–51.
- [10] Fritel X. Du mode d'accouchement à l'incontinence. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005;34:739–44.
- [11] Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol* 1992;79:945–9.
- [12] Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101:313–9.
- [13] Groutz A, Rimon E, Peled S, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, et al. Cesarean section: Does it really prevent the development of post-partum stress urinary incontinence? a prospective study of 363 women one year after their first delivery. *Neurourol Urodyn* 2004;23:2–6.
- [14] Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth; prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:928–36.
- [15] Wilson PD, Herbison P, Glazener C, McGee M, MacArthur C. Obstetric practice and urinary incontinence 5–7 years after delivery. *Neurourol Urodyn* 2002;21:289–91.
- [16] Foldspang A, Mommensen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. *Am J Public Health* 1999;89:209–12.
- [17] LOI no. 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- [18] Valancogne G, Gataup JP. La rééducation pendant la grossesse et dans le post-partum. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1993;88:488–508.
- [19] Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56:238–49.
- [20] Henderson JS. Effects of a prenatal teaching program on post-partum regeneration of the pubococcygeal muscle. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1983;12:403–8.
- [21] Hay-Smith EJC, Bø K, Berghmans LCM, Hendricks HJM, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2001. Art. No.: CD001407. doi:10.1002/14651858.CD001407.
- [22] Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale — Actualisation. ANAES mai 2003. <http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c.460897>.
- [23] Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. ANAES février 2000. <http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c.266621>.
- [24] Rééducation dans le cadre du post-partum. ANAES décembre 2002. <http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c.469135>.
- [25] Wilson PD, Herbison GP. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle exercises to treat postnatal urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998;9:257–64.
- [26] Mørkved S, Bø K. The effect of post-partum pelvic floor muscle exercise in the prevention and treatment of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997;8:217–22.
- [27] Mørkved S, Bø K. Effect of post-partum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up. *BJOG* 2000;107:1022–8.
- [28] Glazener CMA, Herbison GP, Wilson PD, MacArthur C, Lang GD, Gee H, et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;323:1–5.
- [29] Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C, Grant A, Wilson PD. Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up. *BMJ* 2005;330:337.
- [30] Sampsel CM, Miller JM, Mims BL, Delancey JOL, Ashton-Miller JA, Antonakos CL. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. *Obstet Gynecol* 1998;91:406–12.
- [31] Reilly ETC, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggle P, Pedlar F. Prevention of post-partum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *BJOG* 2002;109:68–76.
- [32] Alran S, Sibony O, Oury JF, Luton D, Blot P. Differences in management and results in term-delivery in nine European referral hospitals: descriptive study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;103:4–13.
- [33] Klein MC, Janssen PA, MacWilliam L, Kaczorowski J, Johnson B. Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:403–10.
- [34] Salvesen KA, Mørkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ* 2004;329:378–80.
- [35] King JK, Freeman RM. Is antenatal bladder neck mobility a risk factor for postpartum stress incontinence? *BJOG* 1998;105:1300–7.
- [36] Smith ARB, Hosker GL, Warrell DW. The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A neurophysiological study. *BJOG* 1989;96:24–8.
- [37] Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905–11.
- [38] Kristiansson P, Samuelsson E, von Schoultz B, Svärdsudd K. Reproductive hormones and stress urinary incontinence in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:1125–30.
- [39] Barau G, Fritel X, Pigné A. Modifications pelvi-périnéale au cours de la grossesse et de l'accouchement, place de l'épisiotomie. In: Villet R, Buzelin JM, Lazorthes F, editors. *Les*

- troubles de la statique pelvienne de la femme. Paris: Vigot; 1995. p. 51–5.
- [40] Dietz HP, Bennett MJ. The effect of childbirth on pelvic organ mobility. *Am J Obstet Gynecol* 2003;102:223–8.
- [41] DeLancey JO, Miller JM, Kearney R, Howard D, Reddy P, Umek W, et al. Vaginal birth and de novo stress incontinence: relative contributions of urethral dysfunction and mobility. *Obstet Gynecol* 2007;110:354–62.
- [42] Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* 2001;357:1191–4.
- [43] Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. STROBE initiative. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *PLoS Med* 2007;16:e297.
- [44] Dietz HP. Ultrasound imaging of the pelvic floor. Part I: two-dimensional aspects. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23:80–92.
- [45] Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004;23:322–30.
- [46] Baessler K, O'Neill S, Maher C, Battistutta D. A validated Female Pelvic Floor Questionnaire for clinicians and researchers. *Neurourol Urodyn* 2004;23:398–9.
- [47] Amarengo G, Arnould B, Carita P, Haab F, Labat JJ, Richard F. European psychometric validation of the Contilife®: a Quality of Life questionnaire for urinary incontinence. *Eur Urol* 2003;43:391–404.
- [48] Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996;37:53–72.
- [49] de Tayrac R, Deval B, Fernandez H, Marès P, Mapi Research Institute. Validation linguistique en français des versions courtes des questionnaires de symptômes (PFDI-20) et de qualité de vie (PFIQ-7) chez les patients présentant un trouble de la statique pelvienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007;36:738–48.

8. RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Introduction : La grossesse et le post-partum sont des périodes à risque de dysfonctionnements sexuels. Notre étude avait pour objectifs de décrire l'évolution des différents paramètres de la sexualité de six mois de grossesse à un an du post-partum et comparer les caractéristiques générales et d'accouchement des femmes aux issues sexuelles modifiées (positives/neutres versus négatives).

Méthode : Deux-cent-quatre-vingt-deux femmes majeures, nullipares, présentant une grossesse simple et physiologique ont été incluses dans cinq hôpitaux universitaires au cours du deuxième trimestre de grossesse. Le critère de jugement principal était la symptomatologie sexuelle, évaluée par le Female Pelvic Floor Questionnaire, à quatre reprises : l'inclusion, la fin de grossesse, deux mois du post-partum et 12 mois du post-partum.

Résultats : Notre étude a montré une dégradation globale de la qualité de la sexualité durant la grossesse et les premiers mois du post-partum ($p=0,034$) avec une amélioration à un an ($p<0,001$). La majorité des femmes retrouvaient une sexualité satisfaisante à un an du post-partum. Les caractéristiques maternelles et d'accouchement étaient similaires chez les femmes à la sexualité améliorée et altérée un an après l'accouchement.

Conclusion : La qualité de la sexualité est altérée par la grossesse et l'accouchement puis s'améliore dans le post-partum, mais aucun facteur de risque n'a pu être mis en évidence. D'autres études sont nécessaires afin d'établir des facteurs de risques de troubles sexuels dans le post-partum et ainsi réaliser une prise en charge précoce des femmes à risque d'éventuels dysfonctionnements.

Mots clés : Sexualité ; dysfonction sexuelle ; grossesse ; accouchement ; post-partum.

9. SOMMARRY AND KEYWORDS

Introduction : Pregnancy and postpartum are periods with risk of sexual disorders. The objectives of our study was to describe the evolution of sexuality's parameters from six months of pregnancy to one year of postpartum and compared their general characteristics and childbirth of women with sexuality changed (positives/ neutrals versus negatives).

Methods : 282 major women, primiparous, with simple and physiological pregnancy were included in five university hospitals during the second trimester of pregnancy. The principal point estimate was sexual symptomology, evaluated by The Female Pelvic Floor Questionnaire, on four occasions : inclusion, the end of pregnancy, two months of postpartum and 12 months of postpartum.

Results : Our study showed a global degradation of the quality of sexuality during pregnancy and the first months of postpartum ($p=0,034$) with an improvement in one year ($p<0,001$). Majority of women were satisfied with their sexuality one year of postpartum. Maternal characteristics and childbirth were similar in womens with improved and altered sexuality one year after childbirth.

Conclusion : The quality of sexuality is altered by pregnancy and improves in postpartum, but no risk factor was able to be highlighted. Other studies are necessary to establish risk factor of sexual disorders in postpartum to realize premature care of women at risk of dysfunctions.

Keywords : Sexuality ; sexual disorders ; pregnancy ; childbirth ; postpartum

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Introduction : La grossesse et le post-partum sont des périodes à risque de dysfonctionnements sexuels. Notre étude avait pour objectifs de décrire l'évolution des différents paramètres de la sexualité de six mois de grossesse à un an du post-partum et comparer les caractéristiques générales et d'accouchement des femmes aux issues sexuelles modifiées (positives/neutres versus négatives).

Méthode : Deux-cent-quatre-vingt-deux femmes majeures, nullipares, présentant une grossesse simple et physiologique ont été incluses dans cinq hôpitaux universitaires au cours du deuxième trimestre de grossesse. Le critère de jugement principal était la symptomatologie sexuelle, évaluée par le Female Pelvic Floor Questionnaire, à quatre reprises : l'inclusion, la fin de grossesse, deux mois du post-partum et 12 mois du post-partum.

Résultats : Notre étude a montré une dégradation globale de la qualité de la sexualité durant la grossesse et les premiers mois du post-partum ($p=0,034$) avec une amélioration à un an ($p<0,001$). La majorité des femmes retrouvaient une sexualité satisfaisante à un an du post-partum. Les caractéristiques maternelles et d'accouchement étaient similaires chez les femmes à la sexualité améliorée et altérée un an après l'accouchement.

Conclusion : La qualité de la sexualité est altérée par la grossesse et l'accouchement puis s'améliore dans le post-partum, mais aucun facteur de risque n'a pu être mis en évidence. D'autres études sont nécessaires afin d'établir des facteurs de risques de troubles sexuels dans le post-partum et ainsi réaliser une prise en charge précoce des femmes à risque d'éventuels dysfonctionnements.

Mots clés : Sexualité ; dysfonction sexuelle ; grossesse ; accouchement ; post-partum.