

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Proposition de vidéos pédagogiques
face aux difficultés les plus fréquentes du post-partum.**

Présentée et soutenue publiquement le 29 Octobre 2021 à 16h00

au Pôle Formation

par Mathilde HENRIC

JURY

Président :

Madame le Professeur Véronique DEBARGE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Madame le Docteur Béatrice SEGARD

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

LISTE DES ABREVIATIONS

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

PRADO : Programme de Retour A Domicile

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNFGE : Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

SNFCP : Société Nationale Française de Colo-Proctologie

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l’Enfance

REMERCIEMENTS

A ma Présidente de Jury :

Madame le Professeur Véronique DEBARGE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable du Pôle obstétrique – Hôpital Jeanne de Flandre

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Vous me faites l'honneur de présider et de juger cette thèse.

Soyez certaine de mon estime et ma profonde reconnaissance.

Aux membres du Jury :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Médecin généraliste

Responsable pédagogique du tutorat de médecine générale

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse.

Soyez assuré de mon profond respect.

Aux membres du Jury :

Madame le Docteur Béatrice SEGARD-ALAVOINE

Médecin généraliste

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.

Merci pour ta bienveillance, ton écoute attentive et ta disponibilité.

Et de représenter notre belle spécialité de médecine générale.

A mon Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du pôle Femme, Mère et Nouveau-né – Hôpital Jeanne de Flandre

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse.

Votre passion pour ce métier, votre engagement, votre profond respect de chacun,
votre pédagogie et votre bienveillance forcent mon admiration.

Soyez certain de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

A mes proches :

A Joseph. Dès l'ébauche de ce projet, notre collaboration était une évidence. Merci pour ta fidèle amitié d'abord, et ton professionnalisme, ton talent, ta curiosité et ton intérêt pour la période du post-partum. Ce ne fût pas un long fleuve tranquille, mais je suis très fière de ce que nous avons réalisé.

A Edward. Depuis sept ans, depuis Paris, Avignon, Rouen, Amsterdam ou Nuremberg, tu es mon repère. J'ai hâte de découvrir ce que l'avenir nous réserve.

A mes parents. Être votre fille est ma plus grande fierté. Merci pour votre dévouement et votre soutien infaillibles. J'admire votre force, ainsi que votre bienveillance et votre empathie qui ont très certainement influencé mon choix professionnel.

A Hadrien et Emma. Vous avez toujours su me rappeler ma juste place : pile au milieu ! Notre trio soudé m'est très précieux.

Edward, Papa, Maman, Hadri et Emma, je vous dois tout. Cette réussite est la vôtre, je vous aime.

A Manon, pour ton écoute attentive et bienveillante, ton soutien et tes retours toujours constructifs, et à *Diane*, ta malice et tes sourires (presque plus) édentés nous réjouissent chaque jour.

A ma grand-mère, fidèle soutien, toujours discrète. *A ma Marraine et mon Parrain* qui m'accompagnent depuis toujours. *A mes cousins Ségolène et Alexandre,* en plus de

partager depuis notre enfance d'excellents moments, nous partageons aujourd'hui une vocation professionnelle commune.

A *Geneviève* et *Pierrette*, qui ont toujours su me rappeler que procrastiner n'était pas une option.

A *mes très chères amies Marie, Julie, Cécilia, Laïlou et Marie*. Ensemble nous réussissons chaque jour l'essentiel : rire et se soutenir. Que la vie serait terne sans vous ! Vous m'êtes indispensables.

A *Victoria*, ma deuxième sœur. Peu importe où tu es, quand on se voit (ou encore que tu ne m'appelles jamais...) l'éloignement ne change rien, nos liens sont indéfectibles. Et oui, j'ai osé t'appeler Victoria...

A *toute l'équipe d'Arras et Duisans*. J'ai tout fait, tout appris à vos côtés, cette longue amitié est irremplaçable. Je pense particulièrement à Charlie (M'C 4ever) et Laura seules amiES dévouées depuis toutes ces années dans ce groupe très masculin, et à mes deux colocs et demi, qui m'ont supportée peut-être plus qu'ils ne l'auraient souhaité.

A mes copines rencontrées à la fac, (ou plutôt aux soirées de la fac) *Léa, Camille, Agathe, Béa, Manon*. Une folle équipe pour une folle période !

A *Sandrine*, pour tout ce que tu m'as apporté, au fils de mes nombreux passages au boulevard. Je te remercie sincèrement de ta bienveillance, ta bonne humeur et ton soutien sur le plan professionnel et personnel. Tu m'as sans nul doute appris beaucoup de choses sur la médecine et l'Humain.

A toutes les personnes que j'ai oubliées de citer et qui, je l'espère, ne m'en tiendront pas rigueur.

A chaque personne que j'ai croisée, rencontrée dans ma vie personnelle ou professionnelle, et qui m'aura de près ou de loin aidée à cheminer.

MERCI

Table des matières

Introduction.....	12
Matériel et Méthodes.....	14
<i>Etat des connaissances et recommandations actuelles:</i>	14
1. Douleurs, saignements et contractions du post-partum	15
a. Tranchées et lochies	15
b. Douleurs périnéales, cicatrices et épisiotomie	16
c. Affections proctologiques	17
2. Incontinence urinaire	19
3. Epuisement, adaptation émotionnelle et tristesse.....	20
a. Baby-blues	21
b. Dépression du post-partum	23
4. Intimité du couple et sexualité du post-partum.....	25
5. Difficultés de l'allaitement maternel	29
<i>Réalisation du projet d'éducation thérapeutique</i>	31
1. Public cible	31
2. Ecriture des scenarii.....	31
3. Création des vidéos d'animations et montage	31
4. Mise en ligne du projet	32
Résultats.....	33
<i>Composition du support pédagogique</i>	33
<i>Accès au support pédagogique</i>	34
Discussion	35
Conclusion.....	38
Références bibliographiques	39

Introduction

Le post partum est la période allant de la fin de l'accouchement au retour des règles(1). C'est une période de bouleversement psychologique, physique et social, avec son lot de difficultés de tous ordres, souvent méconnues du plus grand nombre. Alors que 750 000 femmes accouchent chaque année en France(2), il semble persister une sorte de « tabou » autour de cette période que l'on a longtemps tournée exclusivement vers le bien être du nourrisson. Compte tenu d'une certaine pression sociétale autour de la maternité et de l'«heureux événement», les femmes peuvent éprouver une certaine culpabilité, pensant faillir à ce qu'elles estiment être leur mission ou leur devoir. Se sentant démunies et isolées face à l'inconnu et aux difficultés rencontrées, ces femmes sont exposées à des conséquences négatives pour leur santé, celle de leur couple ou celle leur enfant (3).

En 2006, une enquête menée par la DRESS montrait que 95% des femmes se déclaraient satisfaites du suivi de leur grossesse et de leur accouchement, mais que 40% s'estimaient mal préparées à la sortie de maternité (4). Le retour à domicile et plus largement la période du post partum restent trop peu préparés et accompagnés.

En février 2020, un mouvement social mondial, initié par des femmes sur les réseaux sociaux et dans les médias, a mis en lumière le manque d'information, de sensibilisation et de discussion concernant cette période du post partum. A l'origine de cette mobilisation : la censure d'une publicité sur la période du post-partum, le soir de la 92^e cérémonie des Oscars, jugée trop crue et explicite. Elles ont ainsi incité les femmes à témoigner sous le hashtag #monpostpartum de la réalité du retour à la maison et du vécu de cette période, brisant le silence sur leur quotidien difficile après l'accouchement. (5)

Il nous semblait donc fondamental - avant l'accouchement et même peut être avant la grossesse - d'informer les couples sur les changements qui surviennent pendant cette période du post-partum ainsi que les difficultés les plus fréquemment rencontrées. Ces éléments ont pour but d'informer et de rassurer les patientes avant que ne surviennent ces difficultés, et de permettre la discussion des femmes entre-elles autour de ces « maux du post-partum », ainsi qu'avec leur entourage et les professionnels de santé qui les entourent.

L'objectif de ce travail est de proposer aux femmes et couples une projection réaliste du post partum, à l'aide de vidéos pédagogiques.

Il s'inscrit dans le cadre de la campagne d'information et prévention de l'hôpital Jeanne de Flandre (CHRU de Lille), qui propose depuis 2013 des vidéos et diapositives à destination des femmes enceintes et des couples.

Matériel et Méthodes

Notre choix des thèmes abordés s'est appuyé sur la littérature médicale traitant des difficultés ou des besoins des femmes pendant le post partum, notre expérience professionnelle, ainsi que les nombreux témoignages de femmes sous le #monpostpartum, sur les réseaux sociaux, ou les émissions destinées aux femmes, telles que la maison des maternelles. (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)

Nous avons choisi de traiter six thèmes principaux:

- Incontinence urinaire
- Douleurs du post partum
- Contractions et saignement du post partum
- Adaptation psychologique, épuisement et tristesse du post partum
- Sexualité et intimité du post partum
- Les difficultés de l'allaitement vues par les femmes

Etat des connaissances et recommandations actuelles:

Une revue de la littérature sur chacun des six thèmes a été réalisée. Les références bibliographiques nécessaires ont été sélectionnées sur des bases de données pertinentes, provenant des bases de recherches Pubmed, EM premium et Google scholar. Les sites de structures de référence ont été consultées : HAS, OMS, CNGOF, SNFGE, SNFCP...

1. Douleurs, saignements et contractions du post partum

La plupart des femmes présentent un syndrome douloureux dans le post partum, dont on distingue différents types : les principales sont les tranchées (douleurs liées aux contractions utérines), les douleurs périnéales et les affections proctologiques. Les conséquences de ces douleurs sont multiples et dépassent largement l'inconfort qu'elles entraînent: asthénie, difficultés à l'allaitement, à la mobilisation, à la miction, altération du lien mère-enfant, trouble de la sexualité.

a. Involution utérine : lochies et saignement

Après l'accouchement, sous l'influence de contractions utérines provoquées par l'ocytocine, l'utérus diminue de volume et réintègre la cavité pelvienne. Ces contractions peuvent être douloureuses - notamment chez la multipare - ou au contraire asymptomatiques. Les contractions utérines douloureuses sont appelées «tranchées». Elles sont liées au fait qu'après l'accouchement les récepteurs utérins à l'ocytocine deviennent sensibles à leur hormone d'activation, dont le taux est élevé au moment de l'accouchement. Cette sécrétion d'ocytocine joue également un rôle essentiel dans la contraction des cellules myoépithéliales mammaires qui entourent les alvéoles, permettant l'excrétion du lait et expliquant l'apparition ou l'intensification des tranchées pendant l'allaitement (1).

Ainsi, l'utérus gros et globuleux les 15 premiers jours, retrouve sa taille normale en 2 à 3 mois environ. Le col utérin se reconstitue, prend de la longueur et acquiert de la consistance. L'orifice interne du col se ferme vers le 10^e jour. L'orifice externe se ferme vers le 15–20^e jour. Le segment inférieur disparaît en quelques jours. On observe des écoulements séro-sanguinolents physiologiques, appelés « lochies », sanglant les premiers jours, s'éclaircissant progressivement et disparaissant vers le 10^e jour (1).

b. Douleurs périnéales, cicatrices et épisiotomie

Les douleurs liées aux traumatismes du périnée surviennent lors du post-partum immédiat, mais une gêne voire une douleur peut persister pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois ou années dans certains cas. Ces douleurs sont la conséquence directe des plaies ou incisions, des hématomes périnéaux, des désunions, de l'œdème cicatriciel ou de l'infection du site de déchirure ou épisiotomie. Elles augmentent avec la sévérité et la complexité du traumatisme périnéal.

Leur fréquence est difficile à déterminer car ce type de douleur n'est pas toujours noté dans les dossiers médicaux. Cependant, leur fréquence peut être estimée à partir des données relatives aux taux d'épisiotomies ou de lésions du périnée, qui concernent environ 75 % des patientes ayant accouché par voie basse (13). Elles peuvent intéresser le vagin, les organes génitaux externes (petites ou grandes lèvres, méat urinaire, clitoris) ou le périnée.

Selon un rapport de l'INSERM, le taux d'épisiotomie au cours d'un accouchement était de 20% en 2016, en constante diminution depuis la recommandation du CNGOF de 2005 de ne pas faire d'épisiotomie systématique en raison de l'absence de bénéfice à prévenir les lésions sévères du périnée (14), 51,3% de déchirure de stade 1 et 2, à 0,8 % de déchirure de stade 3 et 4. (15)

c. Affections proctologiques

Les thromboses hémorroïdaires externes et la fissure anale sont deux sources de douleur anale fréquentes après l'accouchement, liées à l'existence d'une constipation, généralement terminale. La constipation terminale ou distale est définie par un dysfonctionnement anorectal responsable de difficultés d'évacuation des matières (16). L'origine de la fréquence élevée de la constipation terminale pendant la période du post-partum est mal connue. Outre qu'elle est fréquente pendant la grossesse, liée à l'effet myo-relaxant de la progestérone, elle pourrait également être liée aux perturbations hormonales du post-partum, à une perte de sensibilité du périnée, aux douleurs périnéales et anales qui suivent l'accouchement, surtout en cas d'épisiotomie, ainsi qu'aux lésions du sphincter anal ou des muscles du plancher pelvien survenues lors de l'accouchement. (17) (18)

Les hémorroïdes :

Après un accouchement, 20% des femmes présentent une pathologie hémorroïdaire. On se concentre peu sur sa prise en charge, pourtant fréquente et douloureuse. (19)

Il existe plusieurs types de maladies hémorroïdaires :

La thrombose hémorroïdaire externe (la plus fréquente) : il s'agit d'un caillot de sang qui se forme dans les coussinets hémorroïdaires situés au niveau de la marge anale. Il se crée une réaction inflammatoire très douloureuse, et une tuméfaction anale fortement ressentie par la patiente.

La thrombose hémorroïdaire interne (beaucoup plus rare) : l'ensemble du paquet hémorroïdaire est alors thrombosé et s'extériorise (la partie externe comme la partie

interne). Ce type de thrombose est particulièrement douloureux. Son évolution est identique à la thrombose externe mais sa résorption est en général plus longue.

Le diagnostic est clinique.

Les facteurs de risque prouvés de thrombose hémorroïdaire après accouchement sont :

- la dyschésie (difficultés à évacuer les selles, également appelée constipation terminale)
- l'accouchement tardif (au-delà de 39,7 semaines d'aménorrhée)
- un poids de naissance élevé de l'enfant
- une durée d'expulsion allongée (13)

La césarienne semble protéger des thromboses : 4% de thromboses hémorroïdaires externes après césarienne contre 20% après un accouchement par voie basse. Pour autant, l'existence d'une thrombose hémorroïdaire ne constitue pas une indication de césarienne. (19)

La fissure anale :

Il s'agit d'une plaie du canal anal, fréquente à distance d'un accouchement. Elle touche 15% à 30% des femmes après un accouchement. Elle est source de douleurs pendant et après la selle, et peut être surmontée d'une marisque pouvant mimer une thrombose hémorroïdaire externe. Elle entraîne parfois des saignements. (20)

2. Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire d'effort se définit comme la survenue de fuites involontaires d'urine, objectivement démontrables, principalement responsables de difficultés sociales. (21)

Au moins 30% des femmes enceintes et 20% des femmes ayant accouché sont concernées, conséquence de la distension importante des ligaments et du plancher pelvien que la grossesse et l'accouchement occasionnent. (22)

La prévalence de l'incontinence urinaire diminue ensuite spontanément dans les trois premiers mois du post partum, avec un taux de rémission de 85% sans aucune intervention, pour ensuite augmenter naturellement dans les années qui suivent l'accouchement. (23)

Il existe des facteurs de risque prédisposant à l'incontinence du post-partum, tels que :

- L'accouchement par voie basse : l'incontinence urinaire en post-partum touche essentiellement des femmes ayant accouché par voie basse, bien que ce problème affecte également 3 à 4% des femmes ayant accouché par césarienne. (24)
- La parité : il y a moins d'incontinence chez la nullipare que chez la multipare. La première grossesse et le premier accouchement sont déterminants. Le taux d'incontinence urinaire ne progresse pas significativement avec le nombre d'accouchements. (24)
- Certaines pratiques obstétricales : les efforts expulsifs avant la dilatation complète, la déchirure périnéale, la vessie pleine avant l'expulsion. (24)

- Les facteurs constitutionnels et génétiques : sans doute dûs à des différences de qualité des tissus de soutien. Les femmes de race noire et asiatique sont moins sujettes à l'incontinence. (24)

Chez les femmes présentant une incontinence urinaire persistante à 3 mois du post partum, une rééducation périnéale par des exercices de contractions volontaires des muscles du plancher pelvien est recommandée. Par rapport à de simples conseils d'un professionnel, les études montrent la supériorité et l'efficacité à 1 an de la rééducation périnéale guidée, mais les résultats à long terme des deux pratiques ne sont pas différents (6 – 12 ans). (23)

La rééducation précoce, compte tenu de la fréquence de la résolution spontanée des symptômes dans les 3 mois suivant l'accouchement, n'est pas recommandée, de même que la rééducation préventive chez les patientes asymptomatiques. (23)

3. Epuisement, adaptation émotionnelle et tristesse

La grossesse et la parentalité sont sources de bouleversements corporels et psychiques profonds, plaçant les femmes, les couples et la famille tout entière dans un état de vulnérabilité accrue. La santé psychique de la femme est alors particulièrement fragile.

Le collège national des Gynécologues Obstétriciens Français appelle à plus de vigilance de la part des médecins, sage-femmes et entourage. Il rappelle que la grossesse et la période post accouchement représentent les périodes les plus à risque de troubles psychiques, de rechute de pathologies psychiatriques préexistantes, pas

forcément dépistées auparavant, pouvant mener au suicide, dont le risque en est 70 fois plus élevé dans l'année qui suit un accouchement qu'à tout autre moment de la vie d'une femme. Ces troubles psychiques constituent aujourd'hui la principale cause de mortalité maternelle périnatale, bien avant les hémorragies et les infections. (25)

Ils ont également un impact sur la santé future de l'enfant, susceptibles de provoquer des troubles de l'attachement et de l'interaction mère-enfant, mais aussi des retards de développement cognitif. (3)

Classiquement, on décrit plusieurs troubles psychiques du post partum, du plus fréquent au plus rare mais grave : le baby blues ; la dépression du post partum ; la psychose puerpérale.

a. Baby blues

Il ne s'agit pas d'un état pathologique (ce n'est pas un trouble psychiatrique). Il peut être considéré comme un *état adaptatif physiologique*. Cependant, il faut le considérer comme un facteur de risque de trouble psychiatrique du post-partum lorsqu'il est trop long ou trop sévère. (26)

Le post-partum blues (ou baby blues ou syndrome du 3e jour) concerne 30 à 80 % des accouchées selon les auteurs. La disparité de ces chiffres s'explique par le fait qu'il n'y a pas de définition unique de ce syndrome, et qu'il ne soit pas reporté systématiquement dans les dossiers médicaux.

Cet état transitoire survient entre le 2e et le 5e jour après l'accouchement, avec un pic au 3e jour. Réduit parfois à 24 heures, il dure 4 à 10 jours en moyenne. Il associe anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, troubles du sommeil, fatigue et plaintes

physiques. Les crises de larmes, la susceptibilité, la crainte d'être délaissée ou de ne pas pouvoir s'occuper du bébé surprennent et déroutent l'entourage, surtout lorsque l'accouchement s'est bien déroulé. Ce tableau, relativement fréquent, est de faible intensité et ne doit pas être considéré comme pathologique, mais plutôt comme une phase brève d'hypersensibilité émotionnelle. S'y ajoutent les réaménagements affectifs et cognitifs liés à l'accouchement et au processus de « maternalité ». (26)

Le post-partum blues ne nécessite pas de traitement médicamenteux. La relation avec les soignants, la mobilisation de l'entourage, l'information, une attitude chaleureuse et compréhensive suffisent le plus souvent pour passer sans encombre une phase considérée comme « une variation de la normale ». (26)

Si les symptômes persistent après plus de 15 jours ou s'intensifient, ils peuvent alors constituer un épisode dépressif caractérisé du post-partum. Il est donc important de dépister le baby blues et de surveiller son évolution. (26)

L'entité syndromique du baby blues est cependant débattue. Le pédopsychiatre Patrick Ben Soussan, écrit dans « le baby blues n'existe pas » que si l'unité baby blues existe, alors elle est présente chez 80% des femmes ayant accouché, ce n'est donc ni un trouble, ni un syndrome, suggérant que ce n'est pas la norme, mais bien un des « processus psychophysiologiques du devenir parent (...) adaptés et opératoires, nécessaires et bienvenus ». Pour autant, il rappelle que la fréquence ne justifie pas la banalisation de ces sentiments et angoisses, et qu'ils méritent au contraire que les professionnels de santé s'y attardent, s'y intéressent, qu'ils entendent les femmes et les accompagnent. (27)

Il suggère ainsi, plutôt que de faussement rassurer sous l'appellation du banal « baby

blues », d'ouvrir la discussion, et aux femmes de parler, « Parler de vos angoisses, de vos doutes, de vos attentes. Parler de vous, de votre bébé, de ces souvenirs anciens qui viennent si vite vous visiter. » « Parler de vos peurs de ne pas y arriver, (...) Parler de vos émotions, si violentes alors, de votre épuisement. »

b. Dépression du post partum

Le DSM-5 ne reconnaît pas la dépression du post-partum comme un diagnostic à part entière, mais bien comme une spécificité des troubles dépressifs. Elle est définie comme un trouble dépressif caractérisé par un début en péri-partum. (28)

La dépression du postpartum concerne environ 15 % des femmes. Ce sont en majorité des épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère à modérée sans caractéristique psychotique. Il est important de rechercher les symptômes de caractéristique mixte – manie et dépression – qui sont souvent présents lors de cette période. Ces troubles représentent un problème de santé publique de par leur fréquence, leur sous-diagnostic (50 % de ces femmes ne sont pas diagnostiquées) et les risques graves encourus par la mère et le bébé. (26)

Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé du post-partum peut être envisagé dans l'année suivant l'accouchement, avec un pic entre 3 à 6 semaines. Il peut venir prolonger des symptômes du post-partum blues au-delà de 15 jours, ou encore dans les suites d'un épisode dépressif caractérisé au cours de la grossesse. (26)

Les composantes d'un épisode dépressif caractérisé du post-partum sans caractéristique psychotique sont :

- Humeur « triste », avec un sentiment de découragement et d'incapacité concernant la fonction maternelle.
- Forte culpabilité (« j'ai tout pour être heureuse ») avec minimisation des symptômes, voire dissimulation à l'entourage.
- Plaintes physiques parfois au premier plan (céphalées, douleurs abdominales).
- Anxiété importante s'exprimant surtout par des phobies d'impulsion, des craintes de faire du mal au bébé, et un évitement du contact avec celui-ci.

Il faut absolument rechercher des signes d'hypomanie, témoignant de caractéristiques mixtes de l'épisode dépressif, fréquents lors de la période périnatale. (26)

Un épisode dépressif caractérisé du post-partum est un facteur de risque de récurrence dépressive au décours d'une nouvelle grossesse ainsi qu'en dehors de la périnatalité. Il présente un haut risque d'évolution vers un trouble bipolaire, et devra être surveillé.

L'impact des troubles dépressifs du post-partum sur le neurodéveloppement de l'enfant n'est pas négligeable lorsque le trouble n'est pas identifié et soigné. La mère doit donc être prise en charge afin que l'épisode ne se prolonge pas et que les interactions précoces évoluent dans les meilleures conditions. (25) (28)

4. Intimité du couple et sexualité du post-partum

Parmi les bouleversements du post-partum, ceux concernant la sexualité, malgré la complexité et l'importance du sujet, sont souvent négligés.

Du point de vue médical, on suppose que les femmes ayant accouché ont repris ou vont reprendre une activité sexuelle, on aborde alors la question de la contraception avec elles, mais on évoque rarement directement la sexualité du post partum. Les raisons sont multiples : peur de s'immiscer dans l'intimité, peur de choquer, manque de connaissances, manque de considération pour le sujet. (29)

Cependant la reprise des rapports sexuels après un accouchement est pour beaucoup de couples une étape inquiétante voire difficile et différents facteurs peuvent retarder et affecter cette sexualité du post-partum. Dans une méta-analyse de 59 études réalisée en 1999, K von Sydow avance que 40 à 64% des femmes et 19 à 64% des hommes redoutent la reprise de la sexualité. Celle-ci survient en moyenne 6 à 8 semaines après la naissance en Europe et aux États-Unis. Avant la sixième semaine du post-partum, seuls 9 à 17 % des couples ont repris une activité sexuelle, 50 à 62 % à la sixième semaine, 66 à 94 % au cours du deuxième mois, 88 à 95 % au troisième mois, 95 à 100 % au septième mois et 97 % au treizième mois. (30)

Cette étude démontre également que la sexualité après l'accouchement est problématique pour une majorité de couples. En effet, seulement 14% des femmes et 12% des hommes ont rapporté ne pas avoir eu de difficultés après l'accouchement. Parmi les femmes qui décrivent des difficultés, 64 % évitent ensuite d'avoir des relations sexuelles. On rapporte globalement une diminution de la fréquence des rapports sexuels au cours de la première année suivant la naissance par rapport à la

période précédant la grossesse. (30)

De nombreux couples auraient souhaité recevoir plus d'informations sur les changements corporels et la sexualité après l'accouchement et déclarent qu'un conseil sexuel aurait pu leur être utile. D'ailleurs, les femmes ayant reçu des conseils par des amies, lu des livres éducatifs, ou ayant assisté à des cours de préparation à l'accouchement estiment que cela a eu un effet positif sur leur sexualité. Par ailleurs, les couples ayant déjà des enfants se sentent plus sereins concernant l'activité sexuelle dans le post-partum. (6) (30)

Une étude anglaise liste trois plaintes principales liées à la sexualité du post partum, décrites par les femmes ou couples, associées à la diminution de la fréquence des rapports sexuels (31):

- Les dyspareunies,
- Le manque de lubrification vaginale
- La diminution du désir sexuel.

Cette symptomatologie apparaîtrait dans les trois premiers mois du post partum, pour ensuite diminuer dans les trois mois suivants. La baisse du désir sexuel serait la problématique sexuelle la plus forte six mois après l'accouchement. (31)

On retrouve ces mêmes plaintes exprimées librement au cours de discussions entre pairs - des hommes et femmes ayant eu un enfant - sur les fora internet. (32)

Bien que la modification de l'activité sexuelle puisse s'expliquer physiologiquement par les lochies, les pertes, les douleurs périnéales, la fatigue, la modification du schéma familial, il existe une franche variabilité interindividuelle du vécu et des difficultés de la

sexualité du post-partum. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces symptômes et leur inégale répartition et impact sur les couples.

Tout d'abord, l'estime de soi et la perception de l'image corporelle semble directement impacter le désir sexuel. Une étude suédoise a interrogé des femmes sur leur vécu de la sexualité après la naissance de leur enfant. Parmi les problématiques identifiées figurent l'image du corps après la naissance et la nécessité d'être rassurée (33). Une autre étude a démontré que la satisfaction sexuelle d'une femme était corrélée à l'image qu'elle se fait d'elle-même. Cette représentation psychique inclut le poids, la condition physique, l'attractivité sexuelle, ainsi que la perception qu'elle a de son corps. Cela suggère donc que les femmes ayant une image corporelle positive d'elles-mêmes sont plus susceptibles d'être sexuellement épanouies. (34)

Ensuite, l'état du périnée et le mode d'accouchement peuvent entraîner un inconfort voire des douleurs, ainsi qu'un manque de lubrification. Selon un article publié par la *Société Internationale de la Médecine Sexuelle* proposant une revue de la littérature sur les facteurs de risque de dysfonction sexuelle dans le post-partum, l'épisiotomie n'est pas un facteur de risque démontré de diminution de la fonction sexuelle. Les déchirures périnéales du 3e ou 4e degré sont responsables, à six mois et un an après l'accouchement, d'une diminution de la fonction sexuelle, avec une incidence plus élevée de dyspareunie et un délai plus long avant la reprise de l'activité sexuelle. En revanche, les déchirures du 1er et du 2e degré n'ont pas d'effet significatif sur les dyspareunies pendant la période du post-partum (35). Les études portant sur la corrélation entre le mode d'accouchement et les difficultés sexuelles donnent des résultats contradictoires, notamment à court terme. Contrairement aux idées reçues, la césarienne ne semble pas préserver les femmes de difficultés sexuelles. A un an

de l'accouchement en effet, il ne semble pas y avoir de différence significative - du point de vue sexuel - entre un accouchement spontané avec périnée intact et une césarienne. (35)

L'allaitement maternel peut également perturber la sexualité. Outre ses aspects psychologiques, l'allaitement est associé à de faibles niveaux d'œstrogènes, de progestérone et d'androgènes et à des niveaux élevés de prolactine. Cet équilibre hormonal peut indirectement affecter l'intérêt sexuel en diminuant la lubrification vaginale, en provoquant une atrophie vaginale ainsi qu'une augmentation de la sensibilité des seins et une diminution du désir sexuel. Plusieurs études ont conclu que l'allaitement maternel pouvait induire des dyspareunies liées à cette diminution de la lubrification vaginale et retarder la reprise des relations sexuelles après l'accouchement (31) (35).

Les couples craignent les grossesses rapprochées, et leur confiance en la fiabilité de la contraception influence le comportement sexuel. Peu d'études évaluent le rôle de la contraception sur la reprise de la sexualité. Certaines femmes doutent de la possible utilisation des pilules microdosées en progestérone pendant l'allaitement, et décident de ne pas la prendre. D'autres femmes attendent la visite post-natale - avec son choix plus large de contraceptifs - pour reprendre une sexualité (36). Il n'y a aucune association entre la méthode de contraception et les dyspareunies à trois mois ou à six mois (31).

Là encore, ces facteurs ont été identifiés par les internautes sur les fora internet, et discutés (32). Les préoccupations centrales dans les discussions en ligne portent sur la normalité de ces changements, leurs causes et le temps nécessaire pour qu'ils se dissipent.

5. Difficultés de l'allaitement maternel

Depuis 2001, l'OMS recommande un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, puis la poursuite de l'allaitement, associé à une alimentation diversifiée adaptée à l'âge, jusqu'à deux ans, voire au-delà (37). Dans une démarche d'accompagnement optimal des parents, l'OMS et l'UNICEF ont lancé l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB). L'un des principaux objectifs est la protection, promotion et le soutien de l'allaitement maternel. Des formations destinées aux soignants ont ainsi été mises en place, afin de proposer un soutien actif pour instaurer et maintenir une pratique adaptée de l'allaitement. (38)

Malgré cela, la pratique de l'allaitement en France stagne depuis une dizaine d'années, et se situe à un niveau inférieur à celui de nombreux pays voisins. Surtout, il ne dure pas. En 2013, la part des nourrissons français allaités à la naissance s'élevait à 66 % ; elle n'était plus que de 40 % à 11 semaines, 30 % à 4 mois et 18 % à 6 mois. La durée moyenne de l'allaitement était de 19 semaines. (39)

En 2016, une étude a recueilli et analysé les difficultés rencontrées par les femmes au cours de l'allaitement, librement exprimées dans des fils de discussion sur les fora Internet (40). Les mêmes problématiques étaient retrouvées en 2013, dans une étude qualitative prospective menée auprès de 532 patientes primipares, et étaient associées à un risque plus élevé d'arrêt de l'allaitement à 60 jours. (41)

Difficultés rencontrées par les femmes pendant l'allaitement (40) ; (41) ; (42)

Psychologiques, émotionnelles :

- Découragement
- Pression sociale et de l'entourage

Physiques, physiologiques :

- Douleur de la montée de lait
- Engorgement
- Douleur lors des tétées et crevasses
- Fatigue
- Retard de montée de lait
- Impression de manquer de lait

Concernant l'enfant :

- Prise de poids insuffisante, voire perte poids du nouveau-né
- Difficultés de succion
- Refus du sein
- Pleurs

Réalisation du projet pédagogique

1. Public cible

Ce travail s'adresse aux femmes ayant un projet de grossesse, avant la grossesse, pendant la grossesse, après l'accouchement, mais aussi à leur conjoint(e), leur entourage.

2. Ecriture des scénarii

Les scénarii ont été élaborés afin qu'ils soient le plus pédagogiques et utiles possible. Nous avons tenté de vulgariser des connaissances scientifiques solides dans le but d'apporter des informations simples et claires, permettant de diffuser largement les messages de prévention et d'éducation. Le contenu visuel est venu appuyer et illustrer ces messages, les sous titres facilitant la compréhension de tous. Les scénarii ont été relus, corrigés, et validés de façon collégiale lors de réunions de la Clinique d'Obstétrique de l'Hôpital Jeanne de Flandre.

3. Création des vidéos d'animation et montage

Nous avons fait appel à Joseph LOCHE pour la réalisation des vidéos d'animation. La création des personnages a été réalisée à la main, puis sur le logiciel Procreate sur iPad pour les recherches de couleurs et le découpage. Les personnages ont ensuite été animés sur ordinateur via le logiciel Animate.

L'enregistrement audio des voix off et de la musique a été réalisé au studio personnel de Mr J. LOCHE. Le sous titrage, les effets ainsi que le montage final a été réalisé sur le logiciel After Effect.

A la fin de leur élaboration, ces vidéos ont été validées lors d'une réunion pluridisciplinaire comprenant des gynécologues obstétriciens, des pédiatres et des sage-femmes.

4. Mise en ligne du projet

Les vidéos présentées dans ce travail sont destinées à être mises en ligne sur le site de la maternité Jeanne de Flandre (<http://maternite.chru-lille.fr>). Un contact est prévu avec la cellule de communication du CHU de Lille.

Nous avons également créé une chaîne youtube, intitulée « post-partum » dédiée à ces vidéos, afin de faciliter leur diffusion (<https://www.youtube.com/channel/UCQy6lqwqBRhePdr6NzEQX3g>).

Résultats

Composition du support pédagogique

Pour répondre aux objectifs cités ci-dessus, nous avons réalisé six courtes vidéos d'animation, dont la durée totale est de 6 minutes 30 secondes.

- Vidéo 1 : Incontinence urinaire dans le post-partum
- Vidéo 2 : Douleurs du post-partum
- Vidéo 3 : Saignements et contractions
- Vidéo 4 : Epuisement, adaptation émotionnelle et tristesse
- Vidéo 5 : Intimité du couple et sexualité du post-partum
- Vidéo 6 : Les difficultés de l'allaitement

Les caractéristiques de chaque vidéo sont reportées dans le tableau 1.

	Vidéo 1	Vidéo 2	Vidéo 3	Vidéo 4	Vidéo 5	Vidéo 6
Titre	Incontinence urinaire	Douleurs du post partum	Saignements et contractions	Epuisement, adaptation émotionnelle et tristesse	Intimité et sexualité du post partum	Les difficultés de l'allaitement
Durée	29 sec	1min18	1min10	1min 23	1min 02	1min 08

Tableau 1

Accès au support pédagogique

Initialement destiné au site de l'hôpital de Jeanne de Flandre, notre volonté était de rendre ce projet accessible à toute femme, tout couple et à tout professionnel concerné par le suivi des patientes après un accouchement.

Dans un objectif de diffusion la plus large possible des messages pédagogiques, nous avons rendu les vidéos visionnables, téléchargeables et partageables, facilement, gratuitement, de façon illimitée. Ainsi, les professionnels de santé (sage-femmes, médecins généralistes) pourront utiliser notre travail, et le proposer à leurs patientes.

Les vidéos d'animation sont disponibles sur le site YOUTUBE, sur la chaine « post-partum » : <https://www.youtube.com/channel/UCQy6lqwqBRhePdr6NzEQX3g> et sur le site de Jeanne de Flandre : <http://maternite.chru-lille.fr/>.

Discussion

Nous avons réalisé une synthèse des besoins et difficultés ressentis par les femmes au moment du post-partum, sélectionné six thèmes principaux à traiter et créé six courtes vidéos d'animation sur chacun des thèmes, afin de les préparer à vivre ce moment plus sereinement et mieux les accompagner.

La synthèse que nous avons réalisée à partir de la littérature et des témoignages de femmes sous le hashtag #monpostpartum nous a permis de lister les difficultés et besoins des femmes pendant le post-partum. Il existe trois grandes catégories : les difficultés concernant leur enfant, leur propre santé, mais aussi l'organisation au domicile. Nous avons fait le choix de traiter uniquement des préoccupations des femmes concernant leur propre santé. Il semblerait en effet que ces difficultés exprimées par les femmes soient peu abordées ou recherchées spontanément par les professionnels de santé. En effet, le corps médical et paramédical a tendance à rechercher des symptômes bien définis - des complications médico-chirurgicales - alors que les femmes souhaiteraient être plus informées sur ce qu'elles ressentent dans leur corps, leurs émotions, l'intimité du couple, des faits concrets qui impactent leur vie quotidienne (6) (7) (8) (9). Elles s'interrogent par exemple sur la normalité de ressentir des contractions alors qu'elles ont déjà accouché, d'avoir des pertes vaginales et leur durée, de ressentir une douleur ou au contraire une perte de sensibilité... Sur le plan émotionnel, elles ont besoin d'être plus entendues et soutenues concernant leurs doutes, leurs sentiments, qui peuvent être banalisés par les professionnels de santé sous le terme faussement rassurant du « baby blues ». Les mères peuvent également être démunies face aux difficultés de l'allaitement. Il persiste aussi de nombreuses idées reçues sur l'allaitement, telles que l'importance

de « régler » le rythme du bébé, avec des tétées à heures fixes, sur le nombre idéal de tétées par jour... souvent véhiculées et transmises aux femmes par leur entourage (43). Cela explique en partie la baisse du taux d'allaitement en France à un mois (39). Nous avons donc sélectionné six thèmes qui correspondent aux difficultés les plus fréquentes du post-partum, liés à la santé des mères, aux changements physiques et psychiques induits par la grossesse, l'accouchement et la parentalité. Dans une revue de la littérature publiée par *l'American Academy of Family Physicians*, la rétention de poids et les risques métaboliques étaient cités comme préoccupants par certaines femmes (9). Cependant ces thèmes nous ont semblé difficiles à aborder sans être culpabilisants ou discriminants. Nous aurions pu également traiter des difficultés organisationnelles à domicile et des soins à prodiguer au nouveau-né, ces thèmes pourraient faire l'objet d'un projet pédagogique complémentaire.

Aborder des sujets tels que l'intimité du couple et sa sexualité, les difficultés émotionnelles, les douleurs et l'épuisement du post-partum est nécessaire mais n'est pas facile. D'après l'OMS, l'éducation thérapeutique « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient ». (44) La grossesse et par extension le post-partum ne sont pas des maladies, il ne s'agit ici donc pas d'éducation thérapeutique au sens strict du terme, mais ce travail s'inscrit dans une démarche de transmission de connaissances. Le soin éducatif consiste à savoir informer, mobiliser des savoirs experts et les transmettre avec pédagogie pour faciliter l'intégration de ces savoirs par le patient (45).

La modalité d'intervention que nous avons choisie devait être en cohérence avec notre projet éducatif. L'audiovisuel est une méthode d'enseignement associant l'image et le son (46). Plusieurs études, menées dans différentes spécialités médicales, ont montré l'intérêt des supports audiovisuels dans l'augmentation de la satisfaction, l'acquisition d'informations et de connaissances, l'adhésion au suivi et l'amélioration de la compréhension des soins par les patients. Certaines suggèrent même que le support audiovisuel est plus efficace que les brochures d'information écrites. (47) (48) (49) (50). Nous avons fait le choix du dessin d'animation, il permet aux femmes et aux couples de s'identifier plus facilement aux personnages des vidéos et de s'approprier les situations décrites. Il offre également une dimension ludique, déculpabilisante, proposant une projection réaliste du post-partum, avec des situations qu'elles rencontreront probablement, tout en diffusant des informations solides.

Nous sommes conscients que ce travail comporte plusieurs limites. D'une part, il traite uniquement des six thématiques les plus fréquemment rapportées par les femmes en post-partum concernant leur propre santé et n'avait pas la possibilité d'être exhaustif. D'autre part, ce projet est accessible sous forme dématérialisée, ce qui permet une visibilité accrue des messages pédagogiques et leur ouverture à un public plus large, permettant à toute personne disposant d'une connexion internet ou d'un ordinateur d'avoir un accès gratuit, illimité et instantané à une source d'information de qualité. Il serait peut-être intéressant de proposer également un support papier, par exemple sous forme de bande dessinée. Enfin, les connaissances médicales nécessitent une mise à jour perpétuelle. Ces vidéos auront donc un intérêt limité dans le temps, si elles ne sont pas régulièrement actualisées.

Conclusion

Le post partum est une période à très haut risque pour les patientes, probablement le « grand oublié » dans la prise en charge des femmes, alors que beaucoup souhaiteraient être plus informées et accompagnées pendant cette période.

Il est de la responsabilité de chaque professionnel de santé amené à rencontrer et à accompagner ces femmes et couples d'être vigilant quant à leur bien-être physique et psychique. Il convient donc non seulement de rechercher les complications, mais également les maux du post partum, très fréquents, qui impactent réellement et concrètement la vie des couples, ceci au travers d'une écoute compréhensive et de conseils bienveillants. En amont, il semble également primordial d'anticiper les difficultés rencontrées par les femmes en les informant de la possibilité de ces maux fréquents du post-partum, ceci dès la grossesse et peut être même avant la grossesse (3) (25).

Les vidéos d'animation réalisées dans ce travail ont un but d'informer, de prévenir et de dédramatiser les maux du post-partum, souvent véhiculés sous forme de « mythes » et/ou de « tabous ». Mises en ligne sur youtube et le site de la maternité de Jeanne de Flandre elles peuvent être visionnées de façon illimitée. Il s'agit maintenant de faire connaître cet outil et de le diffuser le plus largement possible, pour qu'il bénéficie au plus grand nombre.

Références bibliographiques

1. Item 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales - Recherche Google [Internet]. [cité 7 mai 2021].
2. Natalité – Fécondité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 8 févr 2021].
3. « Blues » ou dépression après l'accouchement, des conséquences trop souvent négligées [Internet]. 2020 [cité 5 avr 2020].
4. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. :6.
5. Ceci est notre post-partum: Défaire les mythes et les tabous pour s'émanciper - Illana Weizman - Google Livres [Internet]. [cité 1 oct 2021].
6. Almalik MM. Understanding maternal postpartum needs: A descriptive survey of current maternal health services. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4654-63.
7. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *J Midwifery Womens Health*. nov 2013;58(6):613-21.
8. Tully KP, Stuebe AM, Verbiest SB. The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *Am J Obstet Gynecol*. juill 2017;217(1):37-41.
9. Paladine HL, Blenning CE, Strangas Y. Postpartum Care:An Approach to the Fourth Trimester. 2019;100(8):7.
10. Suites de couches : les tracés de l'après-accouchement [Internet]. La maison des maternelles. [cité 8 avr 2020].
11. Razurel C, Benchouk M, Bonnet J, El Alama S, Jarabo G, Pierret B. Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. *Rev Sage-Femme*. nov 2010;9(5):240-9.
12. Dalibon P. Le post-partum, une période de transition. *Actual Pharm*. 1 mars 2017;56(564):40-4.
13. Morin C, Leymarie MC. La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature. *Rev Sage-Femme*. 1 déc 2013;12(6):263-8.
14. cngof-2018-prevention-et-protection-perineale-en-obstetrique.pdf [Internet]. [cité 2 août 2020].
15. ENP2016_rapport_complet.pdf [Internet]. [cité 3 août 2020].
16. Abramowitz L, Batallan A. Épidémiologie des lésions anales (fissure et thrombose hémorroïdaire externe) pendant la grossesse et le post-partum. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 juin 2003;31(6):546-9.
17. Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for treating postpartum constipation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [cité 2 oct 2021];(9).
18. livre-RCP-consti2017_long.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2021].
19. Hémorroïdes et Grossesse » SNFCP [Internet]. SNFCP. 2017 [cité 9 mai 2020].
20. JFHOD | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 7 mai 2021].

21. Chapitre 07 - Incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé [Internet]. 2016 [cité 7 mai 2021].
22. Incontinence_urinaire_postpartum.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2020].
23. Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2015;44(10):1141-6.
24. Villet R, Salet-Lizee D, Zafiropulo M. L'incontinence urinaire d'effort de la femme. Paris : Masson, 2000:8-17. Masson. Paris; 2000.
25. Deneux-Tharaux C. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015 (Synthèse). 2021;6.
26. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2020.
27. Ben Soussan P. Le baby-blues n'existe pas [Internet]. 2003 [cité 8 avr 2020].
28. La dépression post-natale [Internet]. 2020 [cité 21 janv 2020].
29. Foucault C. Sexualité du post-partum. Évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. :92.
30. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.* 1 juill 1999;47(1):27-49.
31. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2000;107(2):186-95.
32. Pierrepont C de. La sexualité post-partum dans les fora internet: Socialisation entre pairs et transmission des savoirs. *Civilisations.* 28 juin 2010;(59-1):109-27.
33. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci.* 2005;19(4):381-7.
34. Pujols Y, Seal BN, Meston CM. The association between sexual satisfaction and body image in women. *J Sex Med.* févr 2010;7(2 Pt 2):905-16.
35. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sex Med.* 1 mars 2020;8(1):8-13.
36. Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* déc 1989;3(4):805-21.
37. OMS | Allaitement maternel [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 17 juin 2020].
38. Tout sur le label Hôpital ami des bébés [Internet]. [cité 17 juin 2020].
39. er958.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2020].
40. Gaullier M-FD. Les difficultés de l'allaitement maternel du point de vue des femmes sur les forums Internet. :80.
41. Wagner EA, Chantry CJ, Dewey KG, Nommsen-Rivers LA. Breastfeeding Concerns at 3 and 7 Days Postpartum and Feeding Status at 2 Months. *Pediatrics.* oct 2013;132(4):e865-75.

42. VSF70-allaiter_materniteML.pdf [Internet]. [cité 24 mai 2020].
43. Christelle. AA 54 : Histoire de l'allaitement, histoires d'allaitement [Internet]. [cité 17 juin 2020].
44. Éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 oct 2021].
45. Revillot J-M, Eymard-Simonian C. Manuel d'éducation thérapeutique du patient : modèles, méthodes, pratiques / [Internet]. Dunod; 2016 [cité 1 oct 2021]. (Les ateliers du praticien).
46. audiovisuel - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/audiovisuel>
47. Snyder-Ramos SA, Seintsch H, Böttiger BW, Motsch J, Martin E, Bauer M. Patient Satisfaction and Information Gain After the Preanesthetic Visit: A Comparison of Face-to-Face Interview, Brochure, and Video. *Anesth Analg*. juin 2005;100(6):1753-8.
48. Cockington R. Health promotion using television in hospital waiting rooms: The Adelaide Children's Parent Education Project. *J Paediatr Child Health*. 1995;31(6):523-6.
49. Jean Wiese H, Boethel C, Phillips B, Wilson JF, Peters J, Viggiano T. CPAP compliance: video education may help! *Sleep Med*. 1 mars 2005;6(2):171-4.
50. Papa L, Seaberg DC, Rees E, Ferguson K, Stair R, Goldfeder B, et al. Does a waiting room video about what to expect during an emergency department visit improve patient satisfaction? *CJEM*. juill 2008;10(4):347-54.