RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE

ANNEE : 2023 **N : 2641**

IMPACT DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT SUR LA SANTE SEXUELLE DES FEMMES APRES L'ACCOUCHEMENT : ETUDE EN POPULATION GENERALE DANS LA COMMUNE D'ABOMEY-CALAVI EN 2023

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE (DIPLÔME D'ÉTAT)

Par

IMOROU Baké Ganni Obéidath

Née le 06 juillet 1999 à Cotonou

DIRECTEUR DE THSE :

MCA ABOUBAKAR Moufalilou

CO-DIRECTEUR :

Dr DAKIN Mohamed

PRESIDENT DU JURY :

Pr TSHABU AGUEMON Christiane

MEMBRES DU JURY :

MCA ABOUBAKAR Moufalilou

MCA AKPADJAN Fabrice

Année académique 2022-2023

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/OSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

[4]

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
5.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
7.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique et de Réadaptation
8.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
9.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
10.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
11.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
12.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
13.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
14.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Medicale
15.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
16.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
17.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
18.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A	Gynécologie-Obstétrique
19.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
20.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
21.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
22.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
23.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
24.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
25.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
26.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
27.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
28.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
29.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
30.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
31.	Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
32.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
33.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
34.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne

LE DOYEN

[4]

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl	Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Ménonli	Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique

Université d'Abomey-Calavi • LE DOYEN • FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

OCTOBRE 2023

[4]

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl	Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Ménonli	Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique

Université d'Abomey-Calavi • LE DOYEN • FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

OCTOBRE 2023

[5]

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean	Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

Le Doyen,

LE DOYEN

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

OCTOBRE 2023

DEDICACES

A ALLAH

Le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux.

Merci d'avoir été là tout au long de ces sept années de médecine.

Merci d'avoir été un refuge pour moi tout au long de ma vie.

Merci pour ma vie et celle de mes proches.

- **A la mémoire de mon père, IMOROU Alassane**

  Merci pour ces cinq années où tu as pu faire partie de ma vie, où tu as été un père exemplaire.

  Ta petite dernière est devenue médecin. La mort n'arrête pas l'amour.

  Je suis fière d'être la fille de l'homme intègre et fidèle à ses valeurs que tu as été.

  Dix-neuf ans après ton départ, et ton absence se ressent encore plus.

  J'espère que de là où tu es, tu es fier de la jeune femme que je suis aujourd'hui.

  Parfois je me demande ce que ma vie aurait été si j'avais eu la chance de grandir avec un père aimant comme tu l'as été pour mes frères et sœurs.

  Je ne le saurai certainement jamais mais je chéris chaque souvenir qu'il me reste de toi.

  Qu'Allah t'accorde son Paradis Firdaws.

  Repose en paix mon cher papa !

- **A ma chère et tendre mère, Aïssatou ADAM**

  Que dire à part merci !

  Merci pour avoir endossé si bien le rôle du père et de la mère.

  Je ne suis pas l'enfant la plus aimante ou encore la plus facile à vivre mais je te suis reconnaissante d'être la mère imparfaitement parfaite que tu es.

  Tu as enfin ton médecin que tu rêvais tant d'avoir.

  Pour toutes les fois où tu es restée à mes côtés, je te remercie.

  Merci pour toutes tes prières quotidiennes à mon endroit, pour tout l'amour que tu m'as donné et surtout pour tous les sacrifices consentis.

  Aucune dédicace ne pourra exprimer toute ma gratitude envers Dieu pour ta vie.

  J'espère continuer à te rendre fière dans tous les aspects de ma vie.

- **A mon grand frère, Bah Goga ALASSANE**

  Notre relation a toujours été plus que fraternelle. Tu as su tout au long de ma vie incarner la figure paternelle qu'il me fallait. Merci pour tes conseils au quotidien, pour ton oreille attentive, pour ta présence à mes côtés face à toutes les adversités de cette vie. Tu m'as toujours protégé envers et contre tous. Je te dédie donc ce travail en signe de mon affection la plus sincère.

- **A ma grande sœur, Nardiatou ALASSANE DOSSA, ma Kate MIDDLETON**

  Tu incarnes la rigueur, l'intégrité et surtout la joie de vivre. Merci de m'avoir toujours montré le bon exemple en tant que femme, épouse et mère. Je dédie ce travail à tous les sacrifices financiers et psychologiques que tu as dû consentir pour que je sois là où je suis aujourd'hui.

- **A ma grande-sœur adorée, Islamia IMOROU**

  De façon taquine, j'aime te répéter que je suis ton premier enfant mais je le pense réellement. Tu as été là depuis le début et tu continues d'être là tous les jours. Merci d'être cette sœur aimante et forte. Merci d'être là pour moi même quand toi aussi tu traverses l'averse. Aucun mot ne saurait décrire toute ma reconnaissance pour la femme formidable que tu es.

- **A mon oncle adoré, Ahmed SERO**

  Merci d'avoir toujours été là depuis ma tendre enfance. Merci pour toutes les attentions tout au long de ma vie, pour l'amour que tu n'as cessé de me montrer et de me donner.

- **A mon cher cousin, Issa ADAM**

  Cher grand-frère, merci pour l'amour fraternel et le soutien inconditionnel. Qu'Allah te protège toi et ta famille, et qu'il nous garde toujours aussi présent l'un pour l'autre.

- **A mes oncles, Awali et Kadiri SEIDOU**

  Merci pour le soutien sans faille que vous n'avez cessé d'accorder à ma mère et moi depuis toujours.

- **A la mémoire de ma belle-sœur, Adizatou ALASSANE**

Ton départ précipité de nos vies est une plaie qui ne cicatrisera pas de sitôt.

Cela fait deux ans que tu as laissé un vide immense dans mon cœur et dans mon esprit. On a rêvé ensemble de ce moment, du jour où j'obtiendrais officiellement mon diplôme de médecine générale. Me dire que tu n'es plus là, que je ne te verrai pas dans l'assistance me fait l'effet d'une douche froide.

Merci d'avoir été plus que la femme de mon frère. Merci d'avoir été toi. Merci pour toutes ces fois où tu te préoccupais de moi, de mes notes, de mes études et comment je les vivais.

Repose en paix, ma femme !

- **A mon amour, Jamal ADOMOU**

  Je te dédie ce travail en raison de tout l'amour et tout le soutien que j'ai reçu durant la réalisation de ce travail. Merci d'être tout simplement toi.

REMERCIEMENTS

- **A la famille ADOMOU**

  Merci pour votre soutien, vos encouragements tout au long de la réalisation de cette thèse.

- **A ma grande sœur Loubabatou IMOROU et son époux Moussa GIBIGAYE**

  Merci pour tout l'amour et le soutien à mon endroit durant toutes ces années de médecine. Qu'ALLAH récompense vos efforts à leur juste valeur.

- **A mon beau-frère, Dr DOSSA Edouard Cyriaque**

  Merci d'être pour moi l'exemple que la passion et le travail dans la discipline sont toujours récompensés. Merci pour le soutien que vous m'apportez depuis toujours.

- **A mes amis et camarades Moise ASSOHOUI, Milène HOLONOU, Auriane ADJIEN, Marina DEGBELO, Merveille BESSANH, Viviane OKE et Charbel GBAGUIDI**

  Merci pour ces années passées à vos côtés depuis la première année de médecine, pour tous ces moments de joie, de fou rire et de prise de tête. Ces sept années n'auraient jamais été pareilles sans vous. Que Dieu continue de nous bénir et nous garder aussi proche les uns des autres.

- **A mes amis du groupe de stage interné**

  Merci pour la fraternité et le soutien. La sixième année de médecine a été une année difficile que j'ai pu surmonter aussi grâce à la solidarité dont nous faisions preuve et à la bienveillance que nous avions les uns pour les autres.

- **A tous les étudiants enquêteurs**

  Merci pour votre dévotion et pour tout le sérieux que vous avez accordé à cette étude. Sans votre travail exemplaire malgré les conditions de travail difficile rien n'aurait été possible.

- **A Marius ESSE**

  Merci pour votre disponibilité, pour les efforts consentis à la réalisation de cette étude.

- **Aux enquêtées.**

  Vous avez librement accepté de participer à cette étude, sans vous ce travail n'aurait pas existé. Merci pour votre collaboration.

- **A toute la 45ème promotion de médecine générale**

  Chers amis, merci pour ces sept années faites de bons comme de mauvais moments. Qu'ALLAH nous protège tous, nous maintienne toujours soudé et nous guide tout au long de nos carrières.

- **A tous ceux qui ont lu et liront ce travail**

  Merci d'avoir accepté de découvrir notre modeste contribution au savoir universel.

HOMMAGES

- **A NOTRE DIRECTEUR DE THESE, MCA ABOUBAKAR Moufalilou**

  Cher Maître,

  C'est un grand privilège pour nous de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect et font de vous un maitre de référence. Nous ne saurions suffisamment vous remercier pour votre disponibilité malgré vos nombreuses occupations tout au long de ce travail ainsi que pour votre simplicité et accessibilité. Puisse cette thèse être pour vous, le témoignage de notre profonde gratitude.

  Hommages respectueux !

- **A NOTRE CO-DIRECTEUR DE THESE, Dr Mohamed DAKIN**

  Ce fut un immense plaisir pour nous de réaliser cette étude à vos côtés. Votre disponibilité malgré vos occupations en dehors du Bénin, votre rigueur scientifique et votre accessibilité nous ont permis de réaliser ce travail dans de bonnes conditions.

  Hommages respectueux !

- **A LA PRESIDENTE DU JURY DE NOTRE SOUTENANCE**

  En acceptant de présider notre jury de soutenance de thèse, vous nous faites un grand honneur. Nous vous en savons gré, tout en vous réitérant ici l'expression de notre profond respect.

  Hommages respectueux !

- **AUX MEMBRES DU JURY**

  C'est un honneur remarquable que vous nous faites en acceptant d'apprécier ce travail. Vos analyses nous permettront d'améliorer sa qualité. Daignez recevoir l'expression de notre total dévouement.

  Hommages respectueux !

SOMMAIRE

.....i
LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT.....i
DEDICACES.....vii
REMERCIEMENTS.....xii
HOMMAGES.....xv
SOMMAIRE.....xvii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....xix
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....xxi
INTRODUCTION.....1
1. GENERALITES.....6
2. CADRE ET METHODE D'ETUDE.....36
3. RESULTATS.....48
4. DISCUSSION.....82
CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....94
REFERENCESCONCLUSION ET SUGGESTIONS.....94
REFERENCES.....A
ANNEXES.....I
TABLE DES MATIERES.....V

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AVB	**:**	Accouchement par Voie Basse
ATCDS	**:**	Antécédents
Ca	**:**	Caudal
CPN	**:**	Consultation prénatale
Cr	**:**	Crânial
Do	**:**	Dorsal
EDS	**:**	Enquête Démographique et de Santé
ET	**:**	Etendue
FSFI	**:**	Female Sexual Function Index
G	**:**	Gauche
IC	**:**	Intervalle de confiance
Med	**:**	Médial
n	**:**	Effectif
OMS	**:**	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	**:**	Organisation des Nations Unies
p	**:**	p-value
QEVA	**:**	Questionnaire d'Evaluation du Vécu de l'Accouchement
SA	**:**	Semaine d'Aménorrhée
USA	**:**	United States of America
Ve	**:**	ventral

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I *:* : Mode de calcul du score du Female Sexual Function Index (FSFI) 35
Tableau II : Arrondissements et quartiers d'Abomey-Calavi 39
Tableau III *:* Arrondissements et quartiers d'Abomey-Calavi sélectionnés. 42
Tableau IV : Répartition des femmes selon la religion et le niveau d'instruction dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 50
Tableau V : Répartition des conjoints des femmes selon la profession et le niveau d'instruction dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 54
Tableau VI : Répartition des femmes selon la situation matrimoniale, le régime matrimonial et la résidence dans le post-partum dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 55
Tableau VII *:* Répartition des femmes selon leur**s** antécédents obstétricaux dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 56
Tableau VIII *:* Caractéristiques de la dernière grossesse des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 57
Tableau IX *:* Répartition des femmes selon les complications au cours de la dernière grossesse dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 59
Tableau X *:* Données relatives à l'accouchement des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 60
Tableau XI : Etat de santé, lieu de sommeil et allaitement du nouveau-né dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 61
Tableau XII : Données relatives aux conditions de reprise des rapports sexuels des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 63
Tableau XIII : Données relatives aux pratiques sexuelles après accouchement des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023..... 64
Tableau XIV : Données sur les informations reçues sur la sexualité après accouchement par les femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 65
Tableau XV : Répartition de la reprise des rapports sexuels selon la voie d'accouchement des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 . 66
Tableau XVI : Délai de reprise des rapports sexuels par les femmes selon les voies d'accouchement dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023..... 67
Tableau XVII : Répartition du score FSFI total des femmes selon les voies d'accouchement dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023..... 68
Tableau XVIII : Moyenne du score FSFI des femmes et de ses domaines selon les voies d'accouchement dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 68
Tableau XIX : Facteurs socio-démographiques de la femme influençant sa santé sexuelle dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023..... 69

Tableau XX : Facteurs socio-démographiques des conjoints des femmes influençant la santé sexuelle de leur femme dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 71
Tableau XXI : Association entre la santé sexuelle des femmes et la durée d'union du couple dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 72
Tableau XXII : Antécédents obstétricaux et santé sexuelle des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 73
Tableau XXIII : Suivi, évolution de la dernière grossesse et santé sexuelle des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023..... 74
Tableau XXV : Association entre les modalités de l'accouchement et la santé sexuelle des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 75
Tableau XXVI : Association entre le lieu résidence des femmes, la contraception et la santé sexuelle des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 76
Tableau XXVII : Influence des données relatives au nouveau-né sur la santé sexuelle des mères dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 77
Tableau XXVIII : Association entre les informations reçues sur la sexualité après accouchement et la santé sexuelle des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 78
Tableau XXIX : Association entre les violences conjugales, l'état psychologique des femmes et leur santé sexuelle dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 79
Tableau XXX : Facteurs influençants la santé sexuelle des femmes après l'accouchement dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023..... 80

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cadre conceptuel de l'impact de la voie d'accouchement sur la santé sexuelle des femmes 5
Figure 2 : Cadre conceptuel de la santé sexuelle de la femme dans le post-partum 5
Figure 3 : Vue ventrale de la vulve (lèvres écartées) (11) 9
Figure 4 : Vue ventrale des corps érectiles (11) 11
Figure 5 : Vue coupe de la glande vestibulaire majeure gauche (11) 12
Figure 6 : Vue ventrale schématique de la vulve montrant sa vascularisation artérielle (11) 13
Figure 7 : Vue ventrale schématique de la vulve montrant l'innervation de la vulve (11) 15
Figure 8 : Situation et direction de l'utérus et du vagin (11) 18
Figure 9 : Vue ventrale gauche de la Vulve et paroi vaginale antérieure (11) 19
Figure 10 : Vue ventrale de la vascularisation artérielle du vagin (11) 21
Figure 11 : Configuration externe du sein droit (11) 22
Figure 12 : Vue coupe du sein droit montrant la constitution d'un lobe mammaire (11) 24
Figure 13 : Vue ventrale de la vascularisation artérielle et veineuse du sein (11) 25
Figure 14 : Vue ventrale schématique de l'Innervation du sein (11) 27
Figure 15 : L'expansion du vagin et l'élévation de l'utérus pendant le coït selon John Yanson (14) 30
Figure 16 : Le modèle en 4 phases de MASTERS et JOHNSON chez la femme (19) 31
Figure 17 : Commune d'Abomey-Calavi 38
Figure 18 : Répartition des femmes en fonction de la tranche d'âge (en années) dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 49
Figure 19 : Répartition des femmes selon le groupe ethnique dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 51
Figure 20 : Répartition des femmes selon leurs professions et occupations dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 52
Figure 21 : Répartition des conjoints des femmes par tranche d'âge dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 53
Figure 22 : Répartition des couples selon la durée de vie du couple (an) dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 56
Figure 23 : Evolution des rapports sexuels avant et pendant la grossesse des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 58

Figure 24 : Délai de reprise des rapports sexuels des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023 62

INTRODUCTION

La santé sexuelle est selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) une question qui se pose tout au long de la vie d'une personne, non seulement pour les personnes en âge de procréer, mais également pour les jeunes et les personnes âgées (1). Son importance au quotidien a motivé son inclusion dans les objectifs de développement durable 3 et 5 de l'Organisation des Nations Unies (ONU) à l'horizon 2030. La grossesse et l'accouchement entrainent d'importantes modifications hormonales, morphologiques et psychologiques responsables de changements de la santé sexuelle de la femme (2).

Ces changements observés dans le post-partum chez la femme ont fait l'objet de nombreuses études. Les avis des auteurs sur l'impact plus important d'une voie d'accouchement qu'une autre sur la sexualité des femmes restent néanmoins divergents. Une méta-analyse réalisée en Italie en 2019 retrouvait une réduction de la fonction sexuelle après l'accouchement quelle que soit la voie d'accouchement par rapport à celle avant la grossesse (2). Une autre étude réalisée en Iran en 2019 retrouvait qu'il n'y avait pas de relation entre les troubles de la santé sexuelle et une voie d'accouchement en particulier (4). Contrairement à cette-dernière, une étude réalisée en Tunisie en 2019 sur 100 femmes dans le post-partum retrouvait une altération de la santé sexuelle plus importante chez les femmes ayant eu un accouchement vaginal avec traumatisme du périnée que chez les femmes ayant subi une césarienne ou ayant eu un accouchement vaginal avec périnée intact (5).

Les atteintes de la santé sexuelle des femmes peuvent être évaluées par le Female Sexual Function Index (FSFI)(3). Ainsi en 2018, une étude réalisée en Iran sur des femmes deux à douze mois après leur accouchement retrouvait une diminution globale du score FSFI et une réduction de chaque item (4). En Tunisie une étude retrouvait en 2019 grâce au FSFI chez des femmes à six mois de post-partum que 20% avaient « toujours » des dyspareunies, 47% « quelques fois » et 29% « presque jamais ou jamais » (5).

Par ailleurs, le délai de reprise des rapports sexuels varie d'une étude à une autre. En Tunisie en 2012, une étude retrouvait une reprise des rapports sexuels en moyenne à 1,8 mois. En Côte d'Ivoire, en 2013, une étude réalisée sur 359 femmes dans le post-partum par Kouakou et *al* retrouvait une reprise de la sexualité chez 39,9% des femmes dans le post-partum avant le retour des couches (6). Au Bénin, une étude réalisée à Cotonou en 2022 sur 3013 femmes dans le post-partum retrouvait un délai de reprise des rapports sexuels de 10,7 ± 04,5 semaines (7).

Malgré cette atteinte de la santé sexuelle des femmes dans le post-partum révélé par de nombreuses études, très peu de professionnels abordent le sujet au cours des soins pré et postnataux. Dans une étude réalisée en 2012 en Tunisie sur 80 femmes pendant leur grossesse et durant le post-partum, 78,8% des enquêtées trouvaient insuffisantes les informations données par le personnel soignant sur la sexualité pendant la grossesse (8).

L'étude réalisée au Bénin sur la sexualité dans le post-partum en 2022 s'était appesantie sur les facteurs influençants la reprise sans évaluer leur santé sexuelle ni l'impact des différentes voies d'accouchement sur celle-ci. C'est ce qui justifie le présent travail qui a pour :

- **Objectif général**

Etudier l'impact de la voie d'accouchement sur la santé sexuelle des femmes de la commune d'Abomey-Calavi après l'accouchement.

- **Objectifs spécifiques**
    - Décrire les caractéristiques sociodémographiques des accouchées de la commune d'Abomey-Calavi ;
    - Déterminer le délai moyen de reprise des rapports sexuels après l'accouchement selon la voie d'accouchement dans la commune d'Abomey-Calavi ;

- Identifier les nouvelles pratiques sexuelles après l'accouchement ;
- Analyser l'impact de la voie d'accouchement sur le délai de reprise des rapports sexuels ;

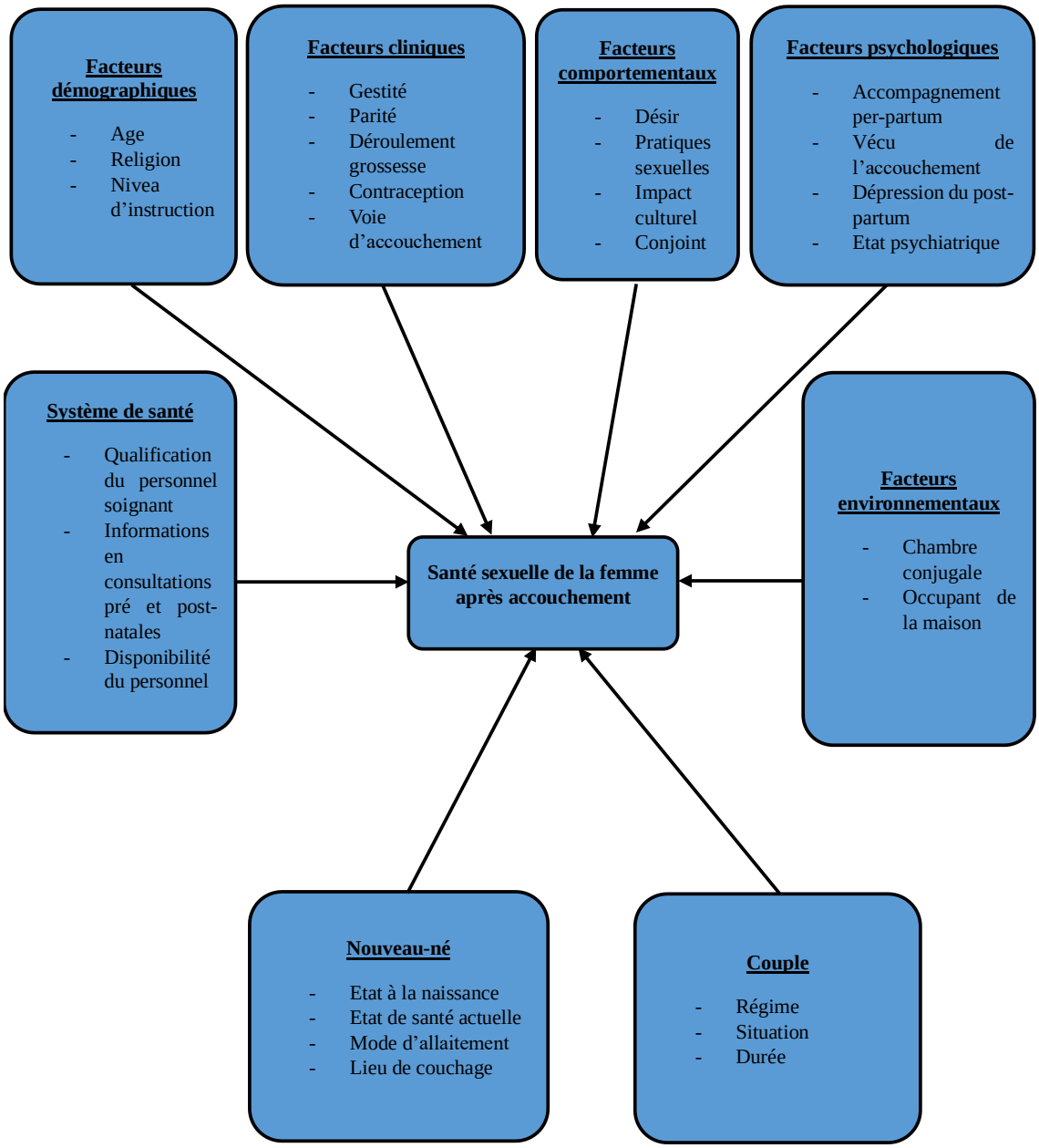


Figure 1: Cadre conceptuel de l'impact de la voie d'accouchement sur la santé sexuelle des femmes

1. GENERALITES

1.1 Définition des concepts

- **Sexualité**

La sexualité, phénomène complexe et multidimensionnel, constitue une composante fondamentale et centrale de la santé humaine globale (9).

Elle est définie selon l'OMS comme un aspect central de l'être humain tout au long de la vie, qui englobe le sexe, les identités de genre et les rôles y afférents, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction (1).

La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. La sexualité regroupe ainsi de nombreuses dimensions mais chaque personne ne ressent pas ou ne vit pas nécessairement chacune d'entre elles (1).

La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels (1).

- **Santé sexuelle**

La santé sexuelle est selon l'OMS un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité (1).

La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence (1).

La santé sexuelle dépend des normes sociales, culturelles et de l'âge du sujet. Elle doit être une pratique sexuelle convenant au sujet, dans les limites fixées

par la loi et n'entrainant pas de souffrance pour lui-même ou pour sa (son) partenaire (9).

- **Post-partum**

Le post-partum est défini selon l'OMS comme la période allant de la fin de l'accouchement et s'étendant jusqu'au retour des couches. Cette période comprend de façon plus précise les six semaines faisant suite à la naissance (10).

- **Accouchement**

Selon l'OMS, l'accouchement est un processus physiologique correspondant à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles lorsque la grossesse a atteint le terme théorique de 22 SA (12).

1.2 Rappels

1.2.1 Rappels anatomiques

1.2.1.1 Organes génitaux féminins externes

1.2.1.1.1 Vulve

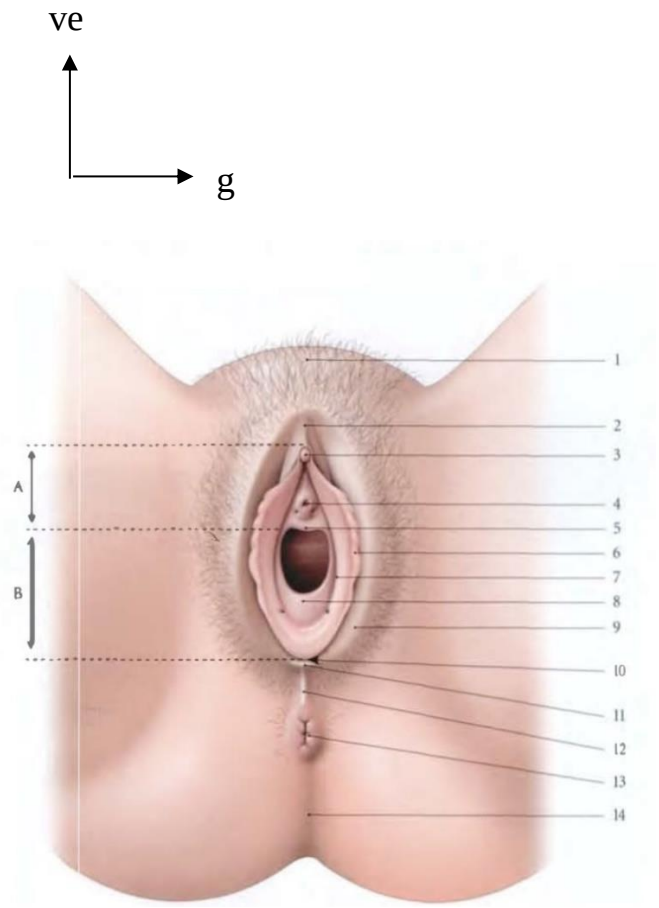
- **Configuration externe**

La vulve correspond en superficie au plan cutané érogène recouvrant le pubis et le périnée uro-génital, et en profondeur, à l'espace superficiel du périnée uro-génital qui contient les organes érectiles féminins. Située en grande partie entre les cuisses elle s'étend devant le pubis (11).

Elle comprend :

- Le mont du pubis
- Les grandes et petites lèvres
- Le vestibule

  Les organes érectiles et les glandes vulvaires.



A.partie urétrale du vestibule

B. partie hyménéale du vestibule

1- mont du pubis

2- prépuce du clitoris

3- gland du clitoris

4- ostium externe de l'urètre

5- carina urétrale du vagin

6- petite lèvre

7- sillon vestibulaire

8- hymen

9- grande lèvre

10- fossette du vestibule du vagin

11- frein des lèvres

12- commissure postérieure des lèvres

13- Anus

14- sillon interfessier

Figure 3 : Vue ventrale de la vulve (lèvres écartées) (11)

- **Mont du pubis**

Saillie arrondie, triangulaire à sommet inférieur situé devant la symphyse pubienne et limité latéralement par les plis de l'aine. Il est couvert de poils de la couleur des cheveux du sujet. Il est composé essentiellement par un amas adipeux de 35mm d'épaisseur, en continuité avec celui de la paroi abdominale et des grandes lèvres.

- **Grandes lèvres**

Il s'agit de deux replis cutanés allongés transversalement du mont du pubis à la région périnéale. Chaque grande lèvre est formée d'un revêtement cutané et du corps adipeux labial (formation fibro-graisseuse riche en vaisseaux, semi-

érectile renforcée par des fibres élastiques qui l'amarrent au fascia criblé, au prépuce du clitoris et au centre tendineux du périnée).

- **Petites lèvres**

Deux replis cutanés, d'apparence muqueuse situés en dedans des grandes lèvres, limitant le vestibule du vagin. Aplaties transversalement, les petites lèvres sont rosées, lisses, humides et dépourvues de poils.

- **Vestibule**

Il est un espace virtuel limité par la face interne des petites lèvres. Il mesure 6-7 cm de profondeur. Les petites lèvres écartées mettent en évidence le fundus du vestibule qui présente deux parties :

  - En avant : la partie urétrale, triangulaire, présente l'orifice urétral externe de part et d'autre duquel s'ouvre l'orifice des glandes para-urétrales (glandes de Skène) ;
  - En arrière : la partie hyménéale correspond à l'orifice fermé chez la vierge par l'hymen séparé des petites lèvres par le sillon vestibulaire ou sillon labio-hyménéal. Dans ce sillon s'ouvre à 5 et 7 heures les conduits des glandes vestibulaires majeures.

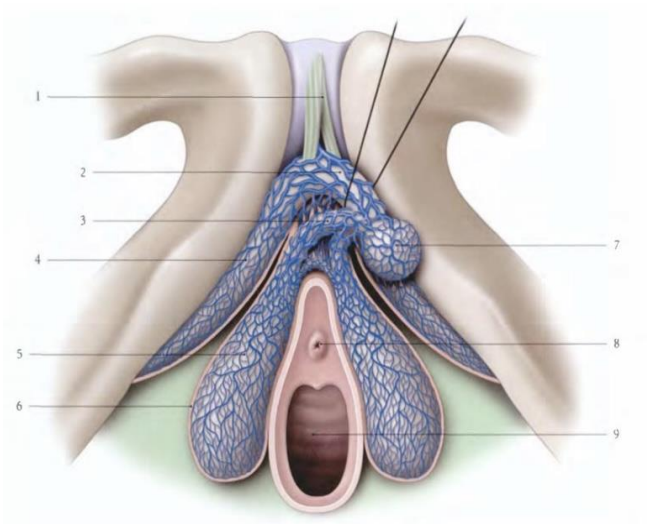
- **Les organes érectiles et glandes vulvaires**
  - **Clitoris**

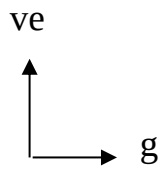
Il comprend une racine, un corps et un gland.

  - La racine du clitoris : fixée aux branches ischio-pubiennes et à la membrane périnéale (ou fascia inférieur du diaphragme), elle est constituée des piliers du clitoris et des bulbes vestibulaires. Formés des corps caverneux, les piliers du clitoris, s'attachent à la partie moyenne de la face interne des branches ischio-pubiennes.

Ils convergent en avant et s'adossent au-dessous de la symphyse pubienne pour constituer la commissure caverneuse et le corps du clitoris. Les bulbes vestibulaires : analogues à un corps spongieux masculin, sont situés à la base des petites lèvres et ont chacun une longueur de 3,5 cm environ.

- Le corps du clitoris : prolongement des commissures bulbaire et caverneuse, le corps du clitoris suit la direction des piliers et monte plus ou moins devant la symphyse pubienne avant de s'infléchir brusquement (coude du clitoris) et se porter en bas. Il est recouvert par le prépuce du clitoris qui se fixe sur sa face inférieure par le frein clitoridien.
- Le gland du clitoris : extrémité libre du corps du clitoris, il est constitué par la fusion des extrémités des bulbes vestibulaires. Renflé, conique et mousse, il est recouvert par le prépuce du clitoris.





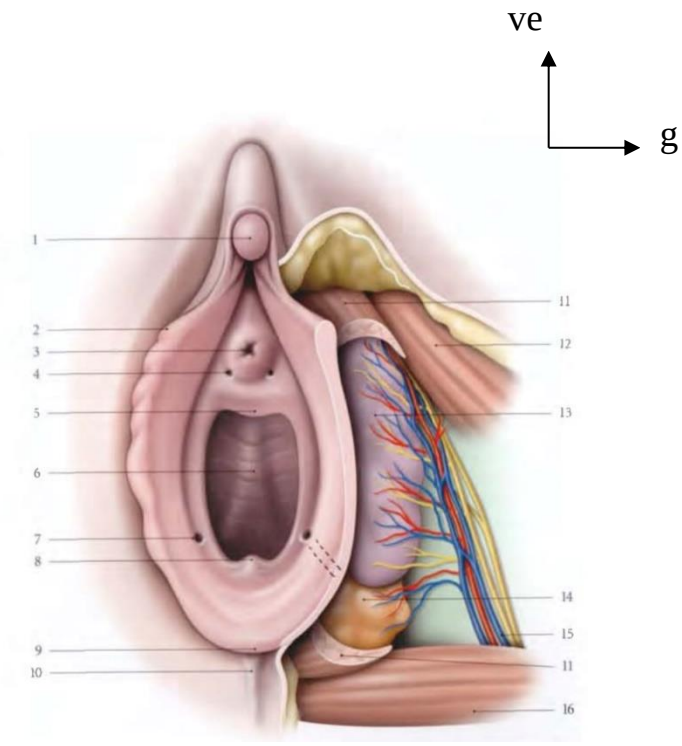
1- Lig. Suspenseur du clitoris
2- Corps du clitoris
3- Plexus veineux intermédiaire
4- Pilier du clitoris
5- Bulbe vestibulaire
6- Albuginée
7- Gland du clitoris
8- Ostium urétral externe
9- Vagin

Figure 4 : Vue ventrale des corps érectiles (11)

- **Les glandes vulvaires :**

On distingue les glandes vestibulaires mineures, les glandes para-urétrales ou glandes de Skene et les glandes vestibulaires majeures.

- Glandes vestibulaires mineures : elles comprennent les glandes sébacées et sudorifères disséminées à la surface des formations labiales. Elles sécrètent une matière épaisse, blanchâtre.
- Glandes para-urétrales : correspondent aux deux plus volumineuses glandes urétrales dont les conduits s'ouvrent de chaque côté de l'ostium externe de l'urètre.
- Glandes vestibulaires majeures : ce sont des glandes mucipares situées de chaque côté de la moitié postérieure de l'orifice vaginal. Elles sécrètent un liquide filant, onctueux et incolore qui participe très modestement à la lubrification du vestibule vaginal.



1- Gland du clitoris
2- Petite lèvre
3- Ostium externe de l'urètre
4- Ostium de la glande para-urétrale
5- Carina urétrale du vagin
6- Vagin et colonne antérieure du vagin
7- Ostium de la glande vestibulaire
8- Extrémité de la colonne postérieure
9- Frein des lèvres
10- Commissure postérieure des lèvres
11- Muscle bulbo-spongieux
12- Muscle ischio-caverneux
13- Bulbe vestibulaire
14- Glande vestibulaire majeure
15- Artères, veines et nerfs périnéaux profonds
16- Muscle transverse superficiel

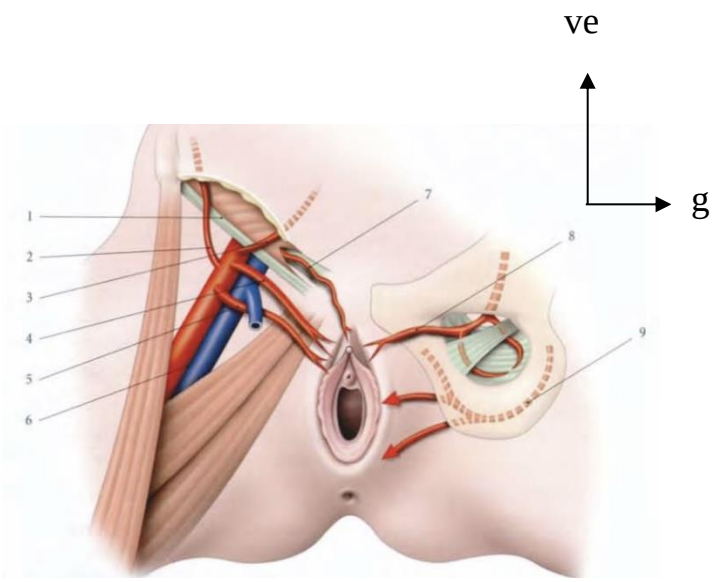
Figure 5 : Vue coupe de la glande vestibulaire majeure gauche (11)

➢ **Vascularisation :**

- **Artérielle** :

Une ligne horizontale passant par le clitoris sépare la région vulvaire en deux territoires artériels :

- Le territoire vulvaire antérieur qui est irrigué par les artères pudendales externes supérieure et inférieure, branche de l'artère fémorale et accessoirement par une branche terminale des artères obturatrice et funiculaire.
- Le territoire vulvaire postérieur qui est sous la dépendance de l'artère pudendale interne qui donne en particulier les artères dorsales profondes du clitoris, urétrale, bulbaire et les rameaux pour les glandes vestibulaires majeures.



1- Ligament inguinal
2- Artère circonflexe iliaque superficielle
3- Artère épigastrique superficielle
4- Artère pudendale externe supérieure
5- Artère pudendale externe inférieure
6- Artère et veine fémorale
7- Ligament rond de l'utérus et son artère
8- Artère obturatrice
9- Artère pudendale interne

Figure 6 : Vue ventrale schématique de la vulve montrant sa vascularisation artérielle (11)

- **Veineuse :**

- Le drainage du mont du pubis, du prépuce et de la partie antérieure des lèvres se fait par les veines pudendales externes vers la grande veine saphène ;

- Le drainage du clitoris, des bulbes vestibulaires et de la partie postérieure des lèvres se fait par les veines pudendales internes dans la veine iliaque interne ;
- Les anastomoses verticales sont riches entre le système pudendal interne vulvaire et les plexus viscéraux pelviens.

- **Lymphatiques** :

La vulve est recouverte d'un riche réseau lymphatique dont le drainage principal est inguinal ; le drainage iliaque interne est accessoire

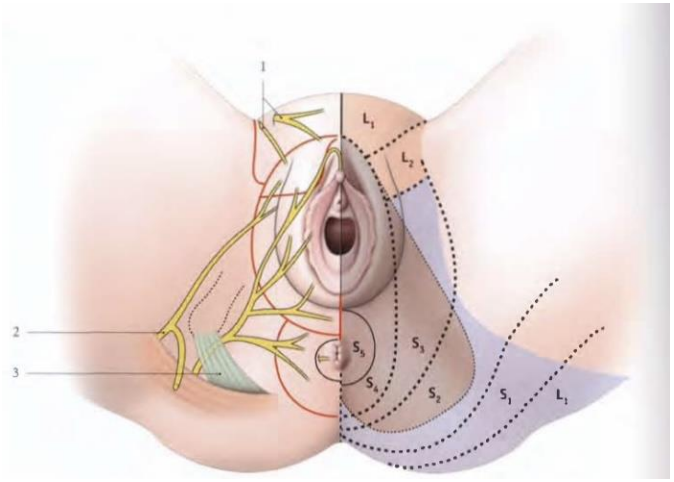
- Plexus lymphatiques vulvaires
  - Plexus vestibulaire : autour de l'urètre, draine presque toute la face interne des petites lèvres ;
  - Plexus commissurale postérieur : draine la région ano-vulvaire ;
  - Le plexus labial : grossier et dense dans les deux tiers postérieurs des grandes lèvres, draine aussi la face latérale des petites lèvres ;
  - Le plexus présymphysaire situé au niveau du mont du pubis, draine le prépuce et le plexus vestibulaire.
- Gland et corps du clitoris

  Ils se drainent selon deux voies
  - Soit par trois ou quatre collecteurs qui traversent la ligne blanche pour rejoindre les lymphonoeuds lacunaires ;
  - Soit par des collecteurs infrapubiens.
- Piliers du clitoris et bulbe vestibulaire

  Ils se drainent dans les lymphonoeuds iliaques internes par la voie pudendale interne.
- Glandes vestibulaires majeures

Elles se drainent soit dans les lymphonoeuds inguinaux, soit dans les lymphonoeuds glutéaux inférieurs en suivant la voie pudendale interne.

- **Innervation :**
  - **Innervation somatique**
    - Le nerf pudendal : nerf principal de la vulve ; il innerve les deux tiers postérieurs des grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris ;
    - Les branches génitales des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral ;
    - Le nerf cutané postérieur de la cuisse : participe à l'innervation de la partie moyenne des grandes lèvres.



1- Nerfs ilio-hypogastrique, génito-fémoral (territoire en rouge)
2- Nerf cutané postérieur de la cuisse (territoire en bleu)
3- Nerf pudendal (territoire en marron

Figure 7 : Vue ventrale schématique de la vulve montrant l'innervation de la vulve (11)

- **Innervation autonome :**

Les nerfs autonomes viennent du plexus hypogastrique et sont destinés aux corps érectiles.

- Neurorécepteurs vulvaires :

La vulve est particulièrement riche en neurorécepteurs. Les formations tégumentaires sont le siège essentiellement des extérocepteurs. Dans l'épiderme siègent des terminaisons nerveuses libres impliquées dans la douleur : les corpuscules non capsulés ou ménisques du tact, sensibles au toucher léger, les corpuscules capsulés du tact, mécanorécepteurs sensibles au toucher plus appuyé et les corpuscules génitaux dont la stimulation provoque l'érection et l'orgasme.

- Les formations sous cutanées :

Les corpuscules génitaux siégeant près et dans les corps érectiles. Ce sont des propriocepteurs situés dans les muscles et les fascias, ils sont essentiellement des mécanorécepteurs sensibles à la pression et la tension. Ils contribuent à la valorisation des sensations sexuelles.

- La distribution quantitative des récepteurs permet de retenir que :

Le mont du pubis et les grandes lèvres sont particulièrement sensibles au toucher léger et à la température. Les petites lèvres et le clitoris, plus riches en récepteurs génitaux sont moins sensibles au toucher que le mont du pubis et les grandes lèvres. Le clitoris, particulièrement riche en corpuscules lamelleux est très sensible aux pressions et aux vibrations.

1.2.1.1.2 Vagin

- **Situation et direction**

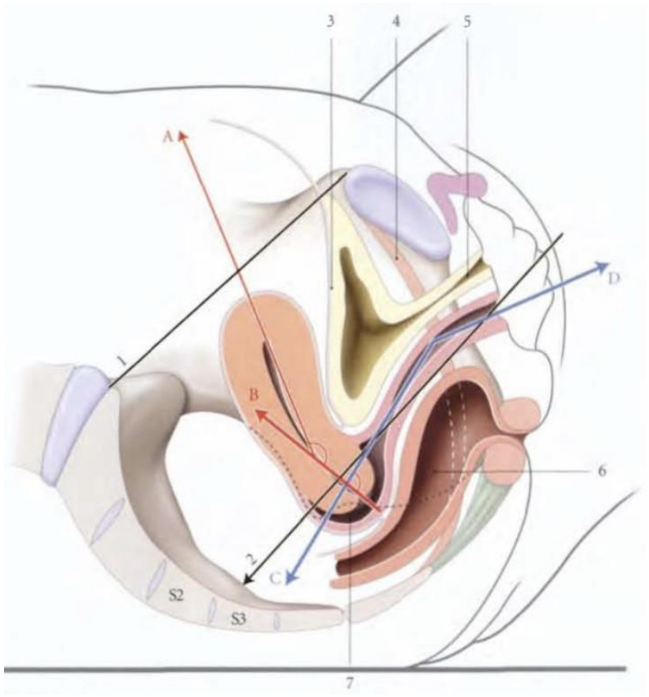
Le vagin, organe de la copulation, est un conduit musculo-membraneux épais et résistant, situé entre la vessie et l'urètre, en avant et le rectum, en arrière.

- En station debout, l'axe général du vagin croise en arrière la troisième ou quatrième vertèbre sacrale. Il est sensiblement parallèle au plan du détroit supérieur et forme avec l'horizontale un angle ouvert en arrière de 50° environ ;
- En décubitus dorsal, l'axe général du vagin fait avec l'horizontale un angle de 30° environ.

Le vagin présente : deux bords latéraux, deux faces dont une ventrale et une dorsale, deux extrémités crâniale et caudale. L'extrémité crâniale ou fornix qui entoure le col de l'utérus, est oblique en ventral et en caudal et détermine des culs de sac latéraux (un ventral et un dorsal qui est plus marqué). L'extrémité caudale appelée vestibule du vagin s'ouvre à la vulve, il est fermé par une membrane muqueuse plus ou moins fibreuse chez la femme vierge : l'hymen.

- **Forme**

Il forme un organe aplati d'avant en arrière, sauf son extrémité supérieure, le fornix vaginal, qui est cylindroïde. Il a une importante compliance (qui diminue après la ménopause), avec un calibre croissant de l'orifice vaginal au fornix.



A.- Direction du corps utérin
B.- Direction du col utérin
C- Direction du vagin
1. Plan du détroit supérieur
2. Axe général du vagin
3. Vessie
4. Muscle élévateur de l'anus
5. Urètre
6. Rectum
7. Fornix vaginal

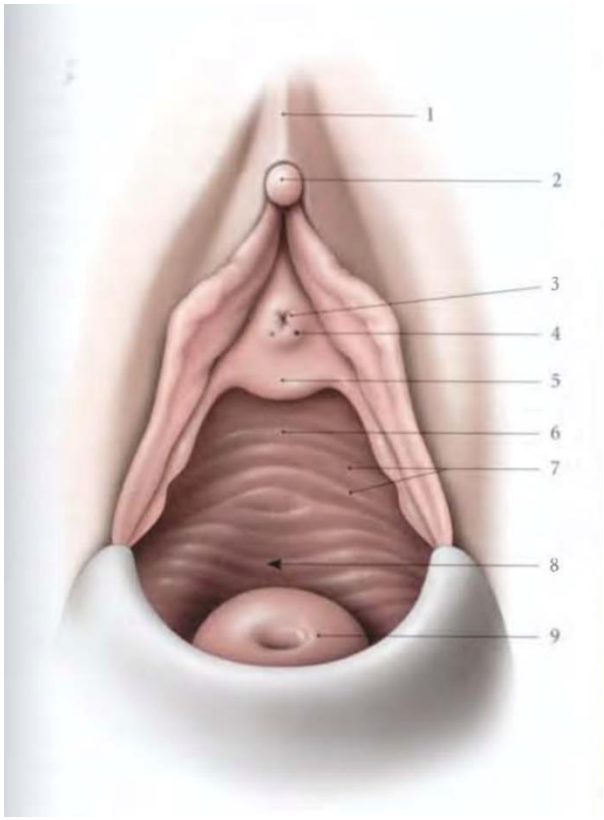
Figure 8 : Situation et direction de l'utérus et du vagin (11)

- **Configuration interne**

De coloration rosée, sa surface interne est très irrégulière et marquée par :

- Les rides vaginales : plis transversaux plus développés sur la ligne médiane et dans la partie inférieure du vagin. Elles régressent avec l'âge et la parité ;
- Les colonnes des rides : antérieure et postérieure. La colonne antérieure, plus développée, commence au niveau de la carina urétrale du vagin et finit en haut en bifurquant. L'aire triangulaire comprise entre ces deux branches forme le triangle vaginal qui répond au trigone vésical. Ce sont des zones érogènes qui entrent en turgescence lors du coït ;
- Les sillons de la paroi antérieure : au nombre de trois, transversaux, apparents lorsqu'il existe une traction cervicale caudale ou hystéroptose. On distingue :

- Le sillon infra-urétral : proche du méat urétral, il prolonge latéralement du carina urétrale du vagin, et marque le bord antérieur de l'orifice vaginal ;
- Le sillon vésico-vaginal : situé à 4 cm environ du méat urinaire ; correspond au col vésical et au ligament pubo-vésical.
- Le sillon cervico-vaginal antérieur : situé près du col utérin et correspond à l'insertion antérieure du vagin sur le col. Il sépare la zone lisse cervicale et la zone plissée vaginale et est en rapport avec le fundus vésical. C'est le sillon de la colpotomie antérieure.



1. Prépuce du clitoris
2. Gland du clitoris
3. Ostium externe de l'urètre
4. Ostium des glandes para-urétrales
5. Carina urétrale du vagin
6. Colonne antérieure
7. Rides du vagin
8. Trigone vaginal
9. Col utérin

Figure 9 : Vue ventrale gauche de la Vulve et paroi vaginale antérieure (11)

➢ **Vascularisation**

- **Artérielle**

Les artères proviennent de chaque côté et de haut en bas des artères :

- Utérine : par ses branches cervico-vaginales et vésico-vaginales, elle irrigue le fornix vaginal ;
- Vaginales : au nombre de deux ou trois, elles naissent de l'artère iliaque interne ou parfois d'un tronc commun avec l'utérine ou la rectale moyenne ;
- Rectales moyennes : donne quelques rameaux au segment inférieur de la paroi postérieure.

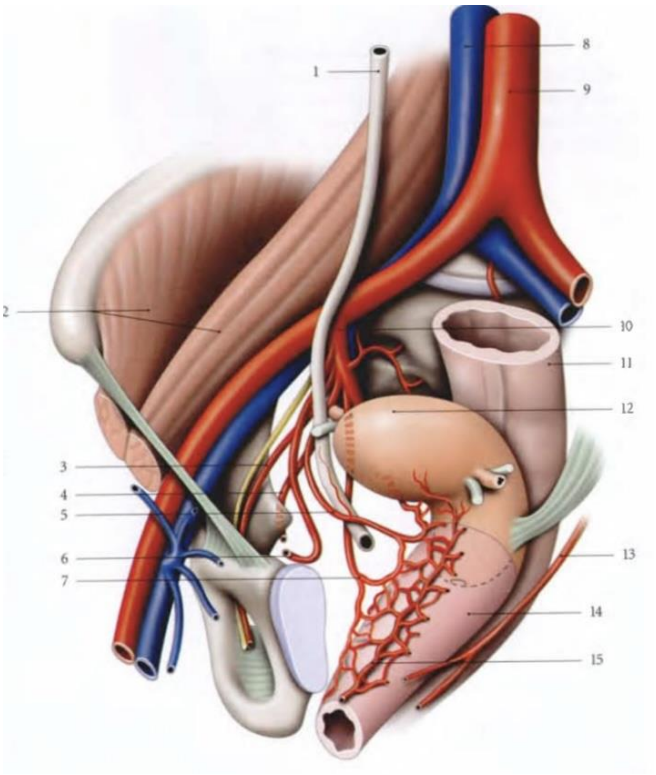
- **Veineuse** :

Les tuniques vaginales se drainent dans le plexus veineux vaginal, situé de chaque côté du vagin. Chaque plexus veineux est drainé par les veines utérines postérieures, vaginales et rectales moyennes qui rejoignent la veinent iliaque interne.

- **Lymphatique :**

Le vagin est une véritable éponge lymphatique dont le plexus s'anastomose avec celui de l'utérus et de la vulve, ce qui explique la gravité des cancers vaginaux même à leur début. Le réseau lymphatique muqueux est extrêmement riche. Du plexus vaginal partent 4 collecteurs :

- Latéral supérieur aboutit aux nœuds obturateurs et iliaques externes médiaux ;
- Latéral inférieur : aboutit aux nœuds inter-iliaques et glutéaux inférieurs ;
- Postérieur : atteint les nœuds sacraux et rectaux moyens ;
- Collecteur de l'orifice vaginal : atteint les nœuds inter-iliaques.



1. Uretère
2. M. ilio-psoas
3. A. et n. obturateurs
4. A. pudendale
5. A. utérine
6. A. ombilicale
7. A. vaginale
8. V. cave inférieure
9. Aorte
10. A. iliaque interne
11. Rectum
12. Utérus
13. A. rectale moyenne
14. Vagin
15. A. azygos du vagin

Figure 10 : : Vue ventrale de la vascularisation artérielle du vagin (11)

- **Innervation**

Les nerfs proviennent du plexus hypogastrique inférieur.

Le vagin est, par rapport à la vulve, pauvre en neurorécepteurs sensoriels. Cependant, la paroi vaginale antérieure et l'orifice vaginal ont une innervation plus dense que la paroi postérieure.

Dans la muqueuse siègent des terminaisons nerveuses libres et quelques ménisques du tact. Dans la tunique musculaire et surtout la tunique adventice du septum urétro-vaginal se trouvent de nombreux mécanorécepteurs qui contribuent à la valorisation des sensations sexuelles.

1.2.1.2 Sein

1.2.1.2.1 Situation

Le sein est une glande cutanée paire, lactifère et sexuelle, de consistance un peu grenue à la palpation à pleine main, riche en neurorécepteurs et en récepteurs hormonaux qui en font une zone érogène.

Il est situé à la partie antéro-supérieure du thorax, de chaque côté du sternum, en avant des muscles pectoraux et en regard de l'espace compris entre la 3e et la 7e côte. Il est limité par un sillon inframammaire et un sillon supramammaire, flou, mis en évidence par le refoulement du sein vers le haut.

Le sein pèse en moyenne 150g à 200g chez la jeune fille et 400g voire plus chez la nourrice.

1.2.1.2.2 Configuration

Le sein est caractérisé par 3 zones concentriques : le mamelon ou papille mammaire, l'aréole, la peau péri-aréolaire.

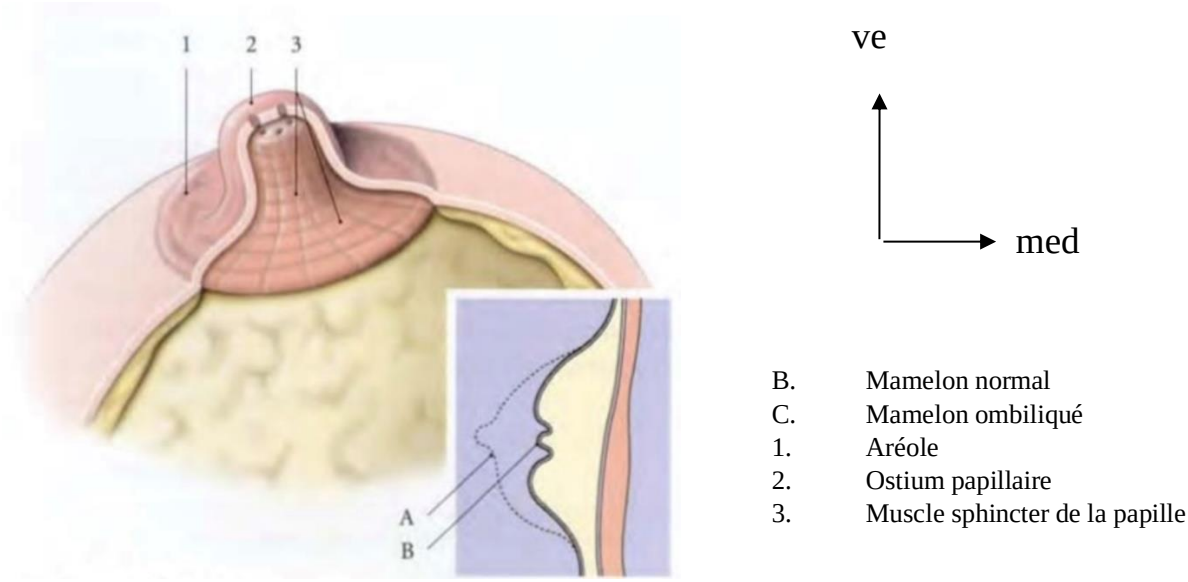


Figure 11 : Configuration externe du sein droit (11)

- Le mamelon ou papille mammaire : saillant au centre de l'aréole, cylindrique ou conique ; il est long d'environ 10 mm et large à sa base de

15 mm. Sur son apex s'ouvrent les ostiums papillaires des conduits lactifères. Sous diverses stimulations, il durcit et devient plus saillant, c'est le thélotisme.

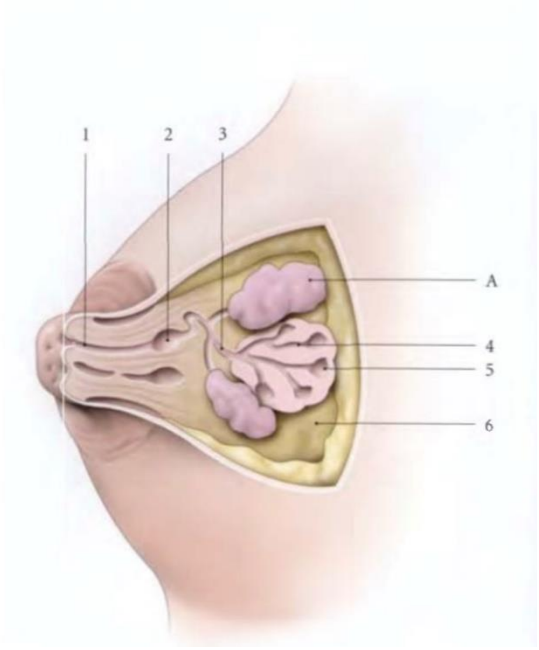
- L'aréole : large de 35 à 50 mm de diamètre, est parsemée des tubercules des glandes aréolaires (tubercules de Morgagni ou de Montgomery) sous-jacentes. Sa peau est adhérente et immobile. Elle est légèrement latérale à la ligne médio-claviculaire, en regard du 4e espace intercostal et distante de 17 à 20cm de l'incisure jugulaire.
- La peau péri-aréolaire : mince, lisse, souple et douce au toucher. Chez la gestante et la lactante, elle laisse transparaître les veines sous-cutanées.

1.2.1.2.3 Structure

Le sein est constitué de la glande mammaire, recouverte d'un plan cutané.

- L'aréole est riche en cellules pigmentaires et possède un derme exclusivement fibro-élastique, qui contient des follicules pileux, des glandes sudoripares, des glandes aréolaires et des myofibres du muscle aréolaire ;
- La papille mammaire est constituée d'un tégument pigmenté, sans poils ni glandes et est traversée par 15 à 25 conduits lactifères. Elle est constituée par un tissu fibro-élastique dermique, contenant des fibres musculaires lisses : le muscle sphincter de la papille dont la contraction rétrécit la lumière des conduits lactifères et durcit le mamelon qui saille en avant ;
- La glande mammaire est une glande tubulo-alvéolaire entourée d'un stroma de tissu conjonctif dense et adipeux. Elle est divisée par des septums interlobaires en lobes. Chaque lobe, subdivisé par des septums interlobulaires en 15 à 25 lobules irréguliers, est drainé par un conduit lactifère qui présente près de son ostium papillaire une dilatation, le sinus

lactifère. Chaque conduit lactifère se divise par dichotomie en conduits lactifères collecteurs des alvéoles glandulaires d'un lobule.



cr

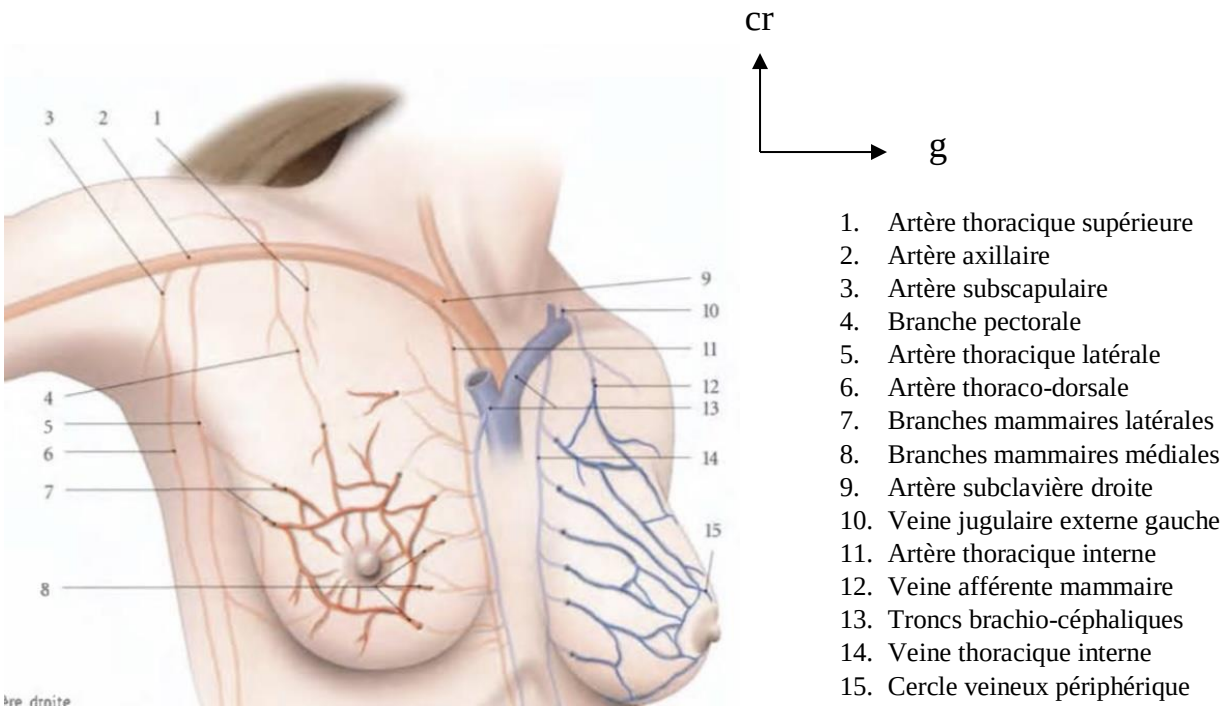
med

A. lobule
1. conduit lactifère
2. sinus lactifère
3. conduit lactifère intralobaire
4. conduit lactifère intralobulaire
5. acinus
6. stroma conjonctif

Figure 12 : Vue coupe du sein droit montrant la constitution d'un lobe mammaire (11)

1.2.1.2.4 Vascularisation

La vascularisation du sein est particulièrement riche. L'aréole est le centre vasculaire du sein, point de convergence des branches artérielles et point de départ des efférents veineux et lymphatiques.



1. Artère thoracique supérieure
2. Artère axillaire
3. Artère subscapulaire
4. Branche pectorale
5. Artère thoracique latérale
6. Artère thoraco-dorsale
7. Branches mammaires latérales
8. Branches mammaires médiales
9. Artère subclavière droite
10. Veine jugulaire externe gauche
11. Artère thoracique interne
12. Veine afférente mammaire
13. Troncs brachio-céphaliques
14. Veine thoracique interne
15. Cercle veineux périphérique

Figure 13 : Vue ventrale de la vascularisation artérielle et veineuse du sein (11)

- **Artérielle :**

Elles proviennent de multiples origines et échangent entre elles de nombreuses anastomoses. La vascularisation artérielle provient de trois troncs artériels :

- L'artère thoracique interne, artère principale issue de la subclavière aborde par ses collatérales les 2ème, 3ème, 4èmes espaces intercostaux et la face postérieure de la glande. Elle vascularise un peu plus de la moitié supérieure de la glande ;
- L'artère axillaire vascularise la glande par l'artère thoracique latérale et ses propres collatérales. Elle aborde la glande mammaire à partir du creux axillaire dans sa partie externe et inférieure. Elle est visible en superficie ;
- Les artères intercostales se ramifient le long du grand pectoral et abordent la glande par sa face postérieure.

La distribution s'effectue par :

- Des rameaux profonds qui pénètrent l'épaisseur de la glande, se ramifient entre les lobes et les lobules et se terminent par un réseau capillaire péri-acineux ;
- Des rameaux superficiels ou cutanés très denses avec de nombreuses anastomoses entre eux et avec la circulation thoracique de voisinage. Autour de l'aréole et à partir des vaisseaux principaux, la vascularisation s'organise en anneau autour de l'aréole à partir de branches dirigées vers le mamelon et radiaire vers la périphérie.

- **Veineuse :**

Le réseau veineux assure un drainage :

- Médian vers les veines thoraciques internes ;
- Latéral vers la veine axillaire ;
- Postérieur : par les veines intercostales dans la veine azygos à droite, et azygos accessoire à gauche.

- **Lymphatique** :

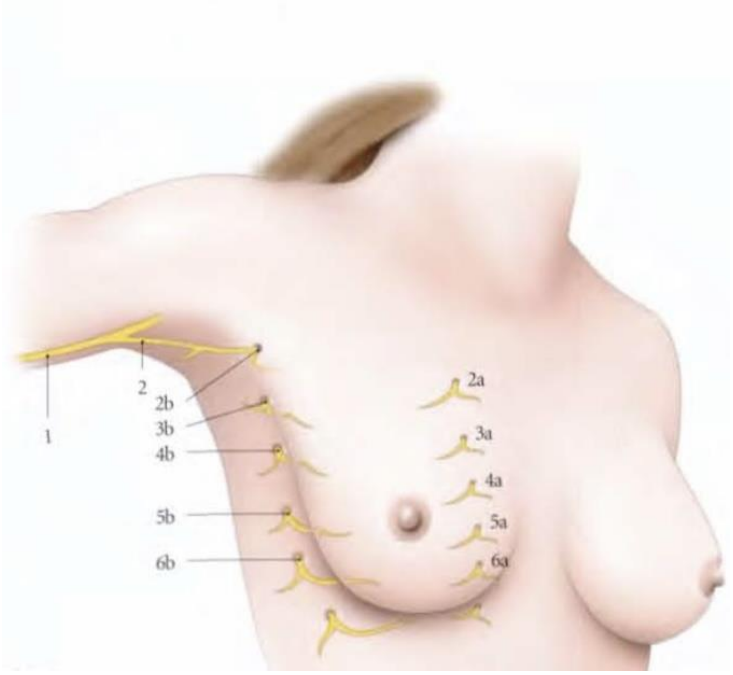
Le drainage lymphatique du sein est centrifuge vers les lymphocentres axillaires et parasternaux. Il n'existe aucun collecteur direct vers les nœuds lymphatiques supraclaviculaires. Les collecteurs mammaires sont caractérisés par leur variabilité de nombre selon les sujets.

1.2.1.2.5 Innervation

Deux groupes de nerfs :

- Nerfs superficiels, cutanés issus des plexus cervical, brachial et des nerfs intercostaux ;
- Nerfs profonds qui suivent le trajet des vaisseaux dans la glande.

Tous ces nerfs envoient de nombreuses ramifications vers l'aréole et le mamelon, zones extrêmement sensibles. L'excitation de ces nerfs entraîne l'érection du mamelon et la contraction des canaux galactophores à leur extrémité.



cr

g

1. Nerf cutané médial du bras
2. Nerf intercosto-brachial

2a, 3a,4a,5a, 6a : rameaux cutanés antérieurs des nerfs intercostaux 2,3,4,5 et 6.

2b,3b,4b,5b,6b : rameaux cutanés latéraux des nerfs intercostaux 2,3,4,5 et 6

Figure 14 : Vue ventrale schématique de l'Innervation du sein (11)

1.2.2 Rappels physiologiques

- **Réponse sexuelle féminine**

La réponse sexuelle est décrite comme étant un cycle constitué de quatre phases par les sexologues américains Masters et Johnson. Ce cycle est constitué de quatre phases que sont l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution (12). La première phase appelée excitation est précédé par le désir sexuel. Ces phases sont présentes aussi bien chez l'homme que chez la femme mais sont vécues de façon différente par chacun des genres selon Basson (13). Une perturbation d'une de ces phases peut entrainer une inefficacité de la réponse sexuelle aboutissant parfois à certaines dysfonctions sexuelles.

- **Désir**

Le désir sexuel est une pulsion psychobiologique, qui s'alimente de deux sources : sensorielle exogène, et endogène correspondant aux fantasmes et aux idées sexuelles. C'est donc la recherche de l'accession à un « objet » de plaisir qui incite un individu à avoir un comportement sexuel. Il précède et déclenche l'excitation sexuelle et pousse le sujet à mettre en œuvre des stratégies aboutissant à un comportement sexuel(14).

On reconnaît dans le désir sexuel, d'une part, une composante biologique, neuroendocrinienne et, d'autre part, dans l'espèce humaine, une composante psychoaffective venant moduler la composante biologique de manière stimulante ou inhibitrice. On peut distinguer un désir sexuel « spontané » en relation avec des stimuli intrinsèques affectifs, fantasmatiques et cognitifs et un désir sexuel « réactif » en réponse à l'excitation physique (14).

Le désir féminin est le plus souvent indirect, secondaire, se nourrissant de la relation et de la tendresse dans un réseau émotionnel complexe en miroir : c'est un peu le désir du désir de l'autre.

Le système opiacé en interaction avec le système dopaminergique sont impliqués dans le contrôle cérébral de la motivation sexuelle chez l'être humain (14).

- **Excitation**

L'excitation est considérée comme le début de la réponse sexuelle. Elle est déclenchée par de nombreux stimuli. D'après Kaplan, elle est précédée par ce qu'on appelle le désir. Basson (13) révèle que la phase d'excitation peut survenir avant le désir. C'est-à-dire que le désir d'avoir des relations sexuelles pourrait naitre après une situation excitante. Cette phase peut durer quelques secondes ou minutes en fonction des préliminaires effectués.

La physiologie de l'excitation sexuelle peut être décrite comme une augmentation de l'activité du système nerveux autonome qui va permettre de préparer le corps pour une activité sexuelle(14) à travers :

- Une activation du système parasympathique permettant une augmentation du flux sanguin vers la sphère génitale et le tissu érectile clitoridien ;
- Une stimulation du système sympathique permettant une augmentation du débit sanguin cardiaque et une augmentation de la vascularisation artérielle à destinée des muscles lisses et des organes génitaux.

Cette phase d'excitation sexuelle est corrélée à une activité corticale avec en retour une réponse adaptée. Elle est caractérisée par un phénomène de lubrification vaginale, la congestion du clitoris et des petites lèvres, l'écartement des grandes lèvres et l'allongement de la partie postéro supérieure du vagin.

Elle se caractérise également par l'augmentation progressive de la tension musculaire, du rythme cardiaque et de la tension artérielle (15).

- **Plateau**

Elle est la phase la plus longue de la réponse sexuelle. Elle est située entre la stimulation et l'orgasme. Selon les pratiques sexuelles, elle peut durer quelques minutes ou avoisiner l'heure. Dans le dernier cas, cette phase peut très vite devenir frustrante pour la femme.

Elle est caractérisée par un changement de forme du vagin qui prend l'aspect d'une poire : rétrécissement du tiers inférieur sous l'effet de la contraction du diaphragme périnéal et élargissement du fond vaginal sous l'effet de la contraction du levator ani (diaphragme pelvien), réalisant une ballonisation.

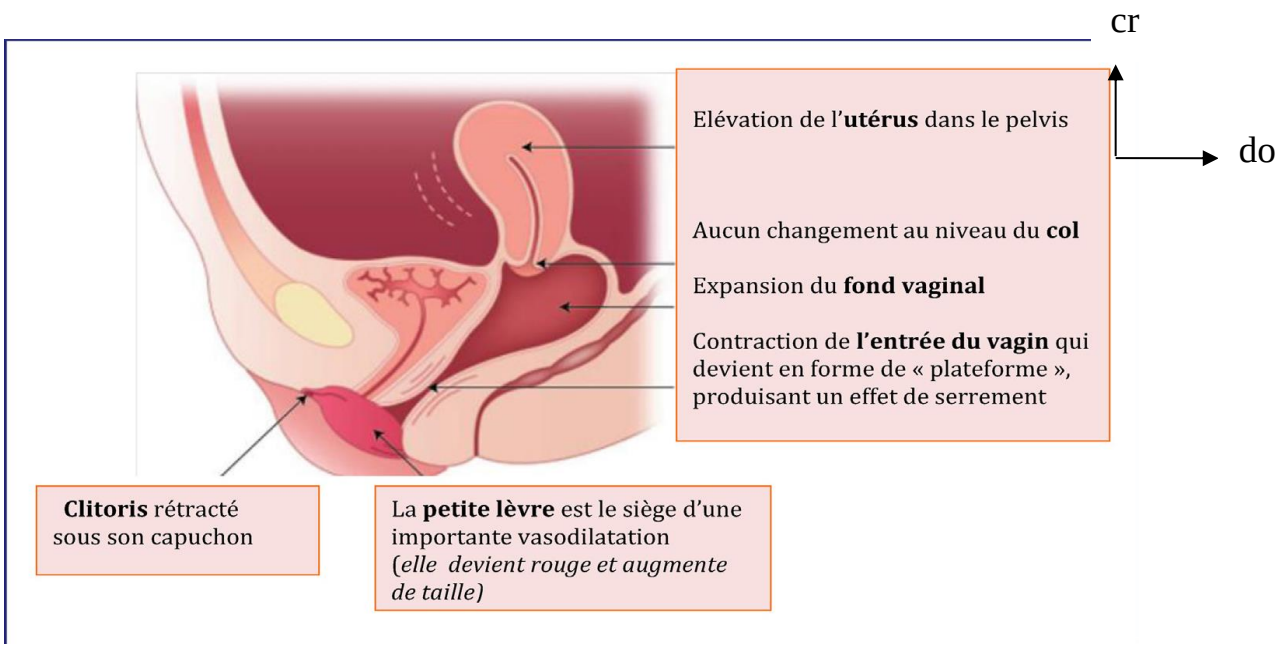


Figure 15 : L'expansion du vagin et l'élévation de l'utérus pendant le coït selon John Yanson (14)

- **Orgasme**

L'orgasme peut être défini comme « une sensation de plaisir intense provoquant un état de conscience modifié, accompagné de contractions de la musculature des muscles striés à l'entrée du vagin qui amènent une sensation de bien-être » (16). L'orgasme correspond au pic du rapport sexuel à la fin de la phase plateau. Il est considéré comme la récompense. Il dure quelques secondes aussi bien chez la femme que chez l'homme. Chez la femme l'orgasme est réfractaire, difficile à atteindre (plus d'un tiers des femmes rapportent ne pas avoir d'orgasme)(7). Darling, Davidson et Jennings (1991) ont montré que les femmes pouvaient rester dans une phase de plateau après avoir vécu 1' orgasme, phase durant laquelle de nouvelles stimulations pourraient mener vers un second, un troisième, puis un quatrième orgasme (16).

L'orgasme est accompagné de modifications physiologiques systémiques témoignant d'une activation du système nerveux sympathique :

- Elévation de la pression artérielle, la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire ;

- Apparition de rougeurs cutanées, d'une hypersudation et d'une érection des mamelons parfois ;
- Augmentation du seuil de douleur de manière significative ;
- Augmentation aiguë des taux sanguins des neurohormones : ocytocine et prolactine (17,18).

- **Résolution**

C'est la phase de chute de l'excitation sexuelle. Elle est de durée assez courte chez la femme et peut se chevaucher avec l'apparition d'une nouvelle excitation. La femme pouvant avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas, la phase de résolution ne survient alors qu'après le dernier orgasme.

Chez l'homme elle est considérée comme une phase réfractaire car aucune stimulation n'est possible durant cette phase.

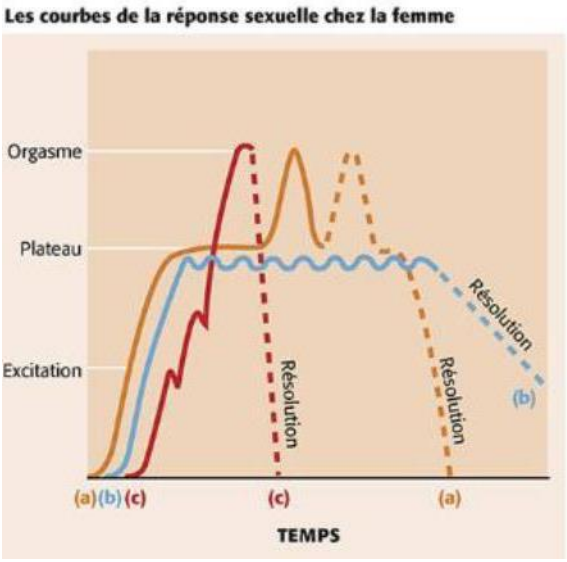


Figure 16 : Le modèle en 4 phases de MASTERS et JOHNSON chez la femme (19)

1.3 Sexualité après accouchement

1.3.1 Délai de reprise

L'accouchement est le plus souvent suivi immédiatement par une période d'abstinence sexuelle pour le couple. D'après une étude réalisée à Bouaké en 2013 par Kouakou et al un peu plus du tiers des femmes reprenaient les rapports sexuels avant la fin de la période post-partum (6). Une autre étude réalisée en Côte d'Ivoire mais à Abidjan par Desgrees-du-lou et al retrouvait une reprise de la sexualité deux mois au moins après l'accouchement (20).

Une étude réalisée à Cotonou en 2022 par Denakpo et al quant à elle retrouvait un délai moyen de reprise des rapports sexuels de 10,7±04,5 semaines (7).

Une étude de cohorte rétrospective menée uniquement sur des primipares françaises a montré que plus les lésions du périnée sont graves et plus les patientes reprennent tard leur sexualité dans le post partum. Les patientes qui avaient un périnée intact ou seulement des déchirures du 1er degré ont repris les rapports sexuels vers la 7ème semaine du post partum, tandis que celles qui ont eu des déchirures vulvo-périnéales complètes et incomplètes graves reprenaient les rapports aux alentours de 9 semaines. Les patientes ayant eu une épisiotomie reprennent les rapports vers 8 semaines environ (21). La reprise serait également plus tardive chez les femmes ayant eu des accouchements instrumentaux ou par césarienne que chez celles ayant eu un accouchement par voix basse sans traumatisme (22).

1.3.2 Facteurs influençants la reprise de la sexualité

Après l'accouchement, des facteurs de différents types influenceront la sexualité de la femme.

La reprise de la sexualité après accouchement est influencée selon une étude réalisée en Tunisie par l'ethnie, la religion, la profession et le niveau d'instruction du conjoint, la gestité, la qualification du prestataire, la voie

d'accouchement, l'état de la mère après accouchement, le statut du bébé au moment de l'interview, le mode d'allaitement, la contraception, l'information sur la sexualité, l'existence d'une dépression du post-partum la fréquence des rapports sexuels au cours de la grossesse (5).

Au Bénin, une étude réalisée à Cotonou retrouvait comme facteurs influençants la reprise de la sexualité l'ethnie, la religion, la profession du conjoint, le niveau d'instruction du conjoint, la gestité, la qualification du prestataire, le terme de la grossesse à l'accouchement, la voie d'accouchement, le vécu de l'accouchement, l'état de la mère après accouchement, l'état du bébé au moment de l'interview, le mode d'allaitement, la contraception, l'information sur la sexualité fournit durant la grossesse et la fréquence des rapports sexuels au cours de la grossesse (7).

Une fois la reprise effective, les facteurs influençants la sexualité sont le mode d'accouchement, l'existence de lésions périnéales, l'initiateur de la reprise et l'apparition d'une dysfonction sexuelle (12,13).

1.3.3 Evolution de la sexualité dans le post partum

La sexualité a un impact non négligeable sur la qualité de vie des personnes. Beaucoup d'hommes et de femmes sont donc inquiets au sujet d'un éventuel changement après accouchement. L'accouchement a indéniablement un impact énorme sur la sexualité des femmes (23). Les principales inquiétudes sont semblables après l'accouchement entre les hommes et les femmes et concernent les sujets suivants : le retour au coït, le besoin de contraception, la récupération physique suite à l'accouchement et l'allaitement (7).

Le délai avant la reprise est assez variable. Néanmoins environ la moitié des femmes reprennent les rapports sexuels six semaines après leur accouchement (12) et notifient la présence de dyspareunie. A six mois de post partum 90% des femmes ont déjà entretenu un rapport sexuel (12).

La dysfonction sexuelle post-partum (y compris la dyspareunie) est identifiée chez 41 à 83 % des femmes 2 à 3 mois après l'accouchement (10). Cette-dernière serait fortement impacté par l'existence de déchirures périnéales. La présence de déchirures, de lacérations et/ou de traumatisme du périnée affecte fortement la sexualité postnatale des femmes tel que noté par Signorello et al sur dans leur étude sur 626 femmes aux USA (24).

L'évaluation des différents dysfonctions sexuelles se fait sur la base d'un questionnaire validé nommée le Female Sexual Function Index. Une étude réalisée en 2021 en Pologne sur 433 femmes retrouvait une diminution d'au moins 10% du score total du FSFI chez 44% des femmes interrogées. Elle retrouvait également que le risque d'avoir des dysfonctions sexuelles était étroitement lié à la nulliparité et à l'existence de certaines dysfonctions sexuelles avant la grossesse (23).

1.4 Evaluation par le Female Sexual Function Index

La fonction sexuelle féminine est très complexe et difficile à déterminer sur une échelle simple. De ce fait, son évaluation n'est pas aisée et le diagnostic d'un éventuel dysfonctionnement sexuel nécessite un examen attentif des différentes sphères de la vie sexuelle. L'indice de la fonction sexuelle féminine (FSFI) est un outil simple et bien connu pour atteindre l'objectif ci-dessus (23).

Il a été introduit depuis l'an 2000 et fait partie des rares questionnaires sur la fonction sexuelle des femmes à être reconnu internationalement (3). Il s'agit d'une auto-évaluation qui fournit des informations sur six domaines de la sexualité : désir (Q1, Q2), excitation (Q3—Q6), lubrification (Q7—Q10), orgasme (Q11—Q13), satisfaction (Q14—Q16), douleur (Q17—Q19). Chaque item est noté de 0 à 5 ou de 1 à 5. Un score de 0 indique que la personne interrogée rapporte n'avoir eu aucune activité sexuelle. Le score de chaque domaine est obtenu en multipliant par un facteur correspondant pour chaque item. Le score total du questionnaire varie donc entre un minimum de 2 et un

maximum de 36 (5). Un score total de 26,55 a été proposé comme valeur seuil pour retenir l'existence d'une dysfonction sexuelle.

Tableau I *:* : Mode de calcul du score du Female Sexual Function Index (FSFI)

Domaine	Questions	Score	Coefficient	Score minimum	Score maximum
Désir	1,2	1-5	0,6	1,2	6
Excitation	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6
Lubrification	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6
Orgasme	11,12,13	0-5	0,4	0	6
Satisfaction	14,15,16	0(ou 1) - 5	0,4	0	6
Douleur	17,18,19	0-5	0,4	0,8	6
Score total				**2**	**36**

Le domaine du désir est le seul indépendant parmi les six domaines du FSFI. En effet, pour un score de ce domaine inférieur à 5 on peut affirmer l'existence d'une baisse du désir sexuel (25). Pour ce qui est des cinq autres domaines, aucune valeur seuil n'a été établie pour retenir l'existence possible ou non d'un trouble lié à ces domaines. Seules des explorations clinique et paraclinique plus profondes permettent de retenir des troubles de l'excitation, de la lubrification, de l'orgasme, de la satisfaction et des dyspareunies.

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1 Cadre d'étude

2.1.1 Présentation du Bénin

La république du Bénin est située en Afrique de l'Ouest dans la zone tropicale entre l'équateur et le tropique du Cancer (entre les parallèles 6°30' et 12°30' de latitude nord et les méridiens 1° et 30°40' de longitude est).

Elle est limitée au nord par la République du Niger (sur 277 km), au nord-ouest par le Burkina Faso (sur 386 km), à l'ouest par le Togo (sur 651 km), à l'est par le Nigeria (sur 809 km), et au sud par l'océan Atlantique (sur 121 km).

Elle couvre une superficie de 114 763 km² et compte environ 12 915 002 habitants (Projection : 2022).

La république du Bénin est divisée en 12 départements, 77 communes, 546 arrondissements et a pour capitale politique la ville de Porto Novo. L'un de ces départements, celui du Littoral ne comporte que la commune de Cotonou, poumon économique du pays.

La présente étude a été réalisée dans la commune d'Abomey-Calavi au Bénin.

2.1.2 Présentation de la commune d'Abomey-Calavi

2.1.2.1 Situation géographique

La Commune d'Abomey-Calavi est située dans le département de l'Atlantique en République du Bénin. Elle est comprise entre les parallèles 6°22' et 6°30' de latitude Nord et les méridiens 2°15'et 2°22' de longitude Est. Elle est limitée au Nord par la commune de Zè, au Sud par l'océan Atlantique, à l'Est par la commune de Cotonou et de So-Ava et à l'Ouest par les communes de Ouidah et Tori-Bossito (26). Elle s'étend sur une superficie de 539 km2 ; près 20 % de la superficie du département et 0,47 % de la superficie nationale.

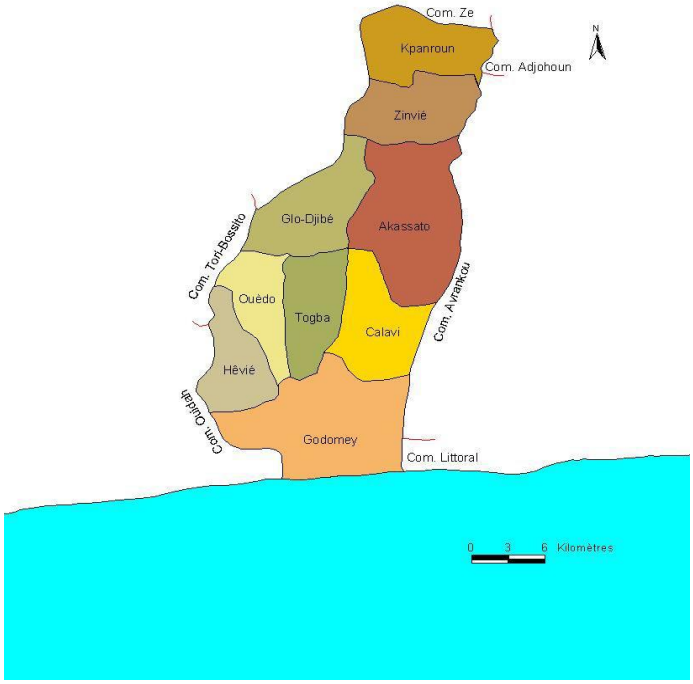


Figure 17 : Commune d'Abomey-Calavi

2.1.2.2 Aspect socio-démographique

Elle compte une population qui est évalué à 656 358 habitants en 2013 avec 332 784 femmes et 323 574 hommes. La commune compte neuf arrondissements : Abomey-Calavi ; Akassato ; Godomey ; Golo-Djigbé ; Hèvié ; Kpanroun ; Ouèdo ; Togba et Zinvié (18).

Tableau II : Arrondissements et quartiers d'Abomey-Calavi

Arrondissements	Quartiers
Abomey-Calavi	Agamadin, Agori, Gbodjo, Kansoukpa, Seme, Tokpa-Zoungo
Akassato	Adjagbo, Agassa godomey, Agonsoudja, Akassato centre, Gbetagbo, Glotokpa, Houekegbo, Houekehonou, Missessinto, Kpodji Les Monts
Godomey	Cococodji, Cocotomey, Dekoungbe, Godomey gare, Houalacomey, Salamey, Togbin, Godomey Togoudo, Ylomahouto
Golo-Djigbé	Agongbe, Djissoukpa, Domegbo, Glo-Djigbé, Glo fanto, Lohoussa, Yekon aga, Yekon do, Glo missebo
Hèvié	Adovie, Akossavie, Dossounou, Houinme, Zoungo
Kpanroun	Anagbo, Avagbe, Wagnizoun, Djigbo, Avogniko, Kpanroun centre, Kpaviedja, Zoungbo
Ouedo	Adjagbo, Ahouato, Allansankome, Dassekome, Kpossidja, Ouedo
Togba	Ahossou gbeta, Drabo, Houeto, Houega-Ague, Houega-Tokpa, Some, Tokan
Zinvie	Adjogansa, Dangbodji, Dokomey, Gbodje, Gbodjoko, Kpotomey, Sokan, Wawata, Yevie, Zinvie, Zinvie zounme

Les groupes sociaux dominants dans la commune sont les Aïzo et les Fon. Néanmoins, les Gouns, les Nagos, les Toffin, les Yorubas et autres y sont rencontrés. Les religions les plus pratiquées sont le christianisme catholique, les religions endogènes, l'islam, et autres.

Les principales activités économiques sont l'agriculture, la pêche, la transformation des produits agricoles, l'élevage, l'industrie, le commerce, l'artisanat et le tourisme (26)**.**

2.2 Méthode d'étude

2.2.1 Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique avec une collecte prospective du 10 juillet au 07 aout 2023.

2.2.2 Population d'étude

- **Population cible :** elle était constituée des femmes en âge de procréer de la commune d'Abomey-Calavi ;
- **Population source :** elle était constituée des accouchées résidant dans la commune d'Abomey-Calavi au moment de l'étude.

2.2.3 Critères d'inclusion

Dans cette étude, ont été incluses :

- Les femmes dans une période entre 6semaines et 6mois après leur accouchement ayant un partenaire fixe ;
- Les femmes ayant donné leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

2.2.4 Critères d'exclusion

De cette étude ont été exclues :

- Les femmes présentant des troubles psychiatriques majeurs ;
- Les femmes ayant donné leur consentement et désisté secondairement.

2.2.5 Echantillonnage

2.2.5.1 Type

Nous avons réalisé un échantillonnage probabiliste en grappe à trois degrés.

2.2.5.2 Taille de l'échantillon

Selon une étude réalisée par Mekonnen et al en Ethiopie (16) la prévalence des femmes ayant repris les activités sexuelles dans les 6 mois après accouchement était de 89,7 % .

Le calcul de la taille de l'échantillon était fait selon la formule de Schwartz

$$\mathbf{n} = \frac{\mathbf{k}\varepsilon_{\alpha}^{2}\,\mathbf{pq}}{\mathbf{i}^{2}}$$

n	=	Taille de l'échantillon
p	=	89,7 % (prévalence de femmes ayant repris les activités sexuelles 6 mois après accouchement).
q	=	(1- p) = (1-0,897) = 0 ,103
α	=	5 % d'où ε_{α}= 1,96 ⇒ ε_{α}
²	=	3,84
k	=	Effet grappe = 1,5
i	=	2 % (précision désirée) ⇒i^2 = 0,0004
n	=	1331, avec une majoration de 10%, **n = 1464 femmes**

2.2.5.3 Technique d'échantillonnage

- **Sélection des grappes**

Nous avons procédé dans un premier temps à un tirage aléatoire de cinq arrondissements de la commune d'Abomey-Calavi (unité primaire).

Ensuite dans chaque arrondissement sélectionné nous avons tiré au sort cinq quartiers (unité secondaire).

Et dans chaque quartier nous avons tiré au sort 59 (1464/25) femmes qui constituaient les unités tertiaires.

La taille de chaque grappe était de : 59 (1464/25) femmes.

La liste des arrondissements et quartiers choisis se présente dans le tableau ci-après :

Tableau III *:* Arrondissements et quartiers d'Abomey-Calavi sélectionnés

Arrondissements	Quartiers
Abomey-Calavi	Agamadin, Agori, Gbodjo, Kansoukpa, Tokpa Zoungo
Akassato	Adjagbo, Agassa godomey, Agonsoudja, Akassato centre, Gbetagbo
Godomey	Cocotomey, Dekoungbe, Godomey gare, Togbin, Salamey
Hèvié	Adovie, Akossavie, Dossounou, Houinme, Zoungo
Togba	Houeto, Houega-Ague, Houega-Tokpa, Some, Tokan

- **Procédure de sélection des femmes dans les quartiers**
  - Début par le point le plus central du quartier selon le chef quartier ;
  - Sélection aléatoire de la direction de progression par le lancer d'un crayon ou stylo à bille. La direction de progression était celle indiquée par la pointe du crayon ou du stylo à bille ;
  - Numérotation des maisons situées à droite le long de l'axe de progression, depuis le point central jusqu'à la périphérie du sous quartier puis des maisons à gauche ;
  - Tirage au sort d'un numéro de maison situé le long de l'axe
  - Le numéro tiré était celui de la première maison pour commencer l'enquête ;
  - Les prochaines maisons se suivaient. La suivante était celle dont la porte d'entrée se trouvant plus près de la précédente en allant vers la droite ;
  - Reprise du procédé une fois arrivé à une nouvelle intersection ;

- Redirection vers le quartier le plus proche sélectionné pour continuer la collecte si en fin de journée le nombre requis pour une grappe n'est pas atteint.

2.2.6 Collecte de données

2.2.6.1 Phase de formation des enquêteurs

Dans le cadre de la réalisation de la collecte, 10 enquêteurs étudiants en 5ème année de médecine générale au moins ont été recrutés puis ont été répartis en cinq groupes de deux.

Les enquêteurs avaient bénéficié d'un encadrement théorique et pratique sur le sujet et la collecte avant le démarrage des activités.

2.2.6.2 Phase de pré-test

Notre fiche d'enquête a été testé sur dix femmes se trouvant entre six semaines et six mois après accouchement dans le quartier de Fidjrossè qui ne fait pas partie de notre cadre d'étude.

2.2.6.3 Phase de collecte

Chaque groupe d'enquêteurs a été déployé dans un des arrondissements choisis. Dans chaque quartier les maisons cibles ont été choisies selon le processus décris pus haut. La collecte a été faite au cours d'un entretien d'environ quinze minutes avec les femmes dans les quartiers choisies à leur domicile ou dans la rue à travers un questionnaire digitalisé, après explication et obtention de leur consentement. Elles ont fourni les informations relatives à leurs conjoints.

2.2.7 Définition des variables

2.2.7.1 Variable dépendante

La variable dépendante étudiée est la santé sexuelle de la femme après l'accouchement évaluée par le score FSFI.

2.2.7.2 Variables indépendantes

- **Socio-démographiques**
  - Age ;
  - Ethnie ;
  - Religion ;
  - Niveau d'instruction ;
  - Situation matrimoniale ;
  - Profession ;
- **Cliniques**
  - Antécédents :
    - Gynécologiques et obstétricaux ;
    - Evolution de la grossesse précédente : suivi, qualification du prestataire, existence de complications ;
  - Contraception.
- **Pratiques sexuelles antérieures à la grossesse**
  - Fréquence des rapports sexuels ;
  - Coït vaginal ;
  - Coït anal ;
  - Sexe oral ;
  - Masturbation.
- **Données sur l'accouchement et le post-partum**
  - Terme à l'accouchement ;
  - Voie d'accouchement : césarienne, accouchement par voie basse (instrumental ou non, épisiotomie…) ;
  - Complications de l'accouchement ;
  - Vécu de l'accouchement : évaluée par le questionnaire du vécu de l'accouchement (QEVA) constituée de quatre domaines. Etant donné que ce-dernier ne dispose pas d'une valeur seuil pour différencier le

bon du mauvais nous avons associé une échelle numérique simple de 0 à 10 avec 0 correspondant au pire vécu imaginable et 10 le meilleur vécu imaginable ;

- Dépression du post-partum : évaluée grâce à l'échelle d'Edimbourg dont un score total supérieur ou égal à 10 définit un risque de survenu de dépression du post-partum et requiert une consultation auprès d'un spécialiste de la santé mentale.

➢ **Nouveau-né**

- Etat de santé ;
- Allaitement ;
- Lieu de sommeil ;

➢ **Reprise de la sexualité**

- Délai ;
- Initiateur ;
- Fréquence des rapports sexuels ;
- Pratiques sexuelles ;

2.2.8 Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été exportées dans un fichier Excel, épurées puis compilées pour analyse statistique.

Le logiciel R 4.2.1 a été utilisé pour l'analyse des données.

L'analyse des données a été effectuée en deux phases :

➢ Une phase descriptive qui consistait à décrire la valeur de chaque variable collectée. Les variables catégorielles ont été présentées en pourcentage et les variables quantitatives ont été exprimées synthétisées par la moyenne (écart-type) ou la médiane (intervalle interquartile) en fonction de leur distribution ;

- Une phase analytique qui consistait à mesurer la force d'association entre chaque variable dépendante (fonction sexuelle) et les variables indépendantes collectées. Ainsi le test de chi-carré de Pearson a été utilisé pour la comparaison entre variables catégorielles. Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, le test exact de Fisher était utilisé. La comparaison des moyennes a été réalisée avec un test T de Student. L'impact de la voie d'accouchement sur la santé sexuelle après l'accouchement a été analysé grâce à un modèle de régression logistique binaire avec prise en compte des facteurs de confusion. Le seuil de signification statistique était de 5%.

2.2.9 Aspects éthiques

Avant le début de l'enquête, des autorisations de la mairie d'Abomey-Calavi, de la Direction Départementale de la Santé et des chefs d'arrondissements ont été prises.

Vu la Loi N° 2010-40 du 08 décembre 2010 portant code d'éthique et de déontologie pour la recherche en santé en République du Bénin, ladite étude s'est déroulée avec le consentement éclairé des participantes et participants et la garantie de garder secrètes les informations à caractère individuel.

Nous avons expliqué aux femmes les principes et objectifs afin d'obtenir leur libre consentement à la participation de l'étude. Les informations permettant d'identifier les participantes n'ont pas été collectées.

2.2.10 Difficultés rencontrées

Nous avons rencontré au cours de la collecte certaines difficultés au nombre desquelles nous pouvons citer :

- La présence d'une barrière linguistique avec certaines femmes ;
- La difficulté à traduire certains termes du FSFI dans nos langues locales ;

- La réticence de certaines femmes pour répondre à certaines questions estimant avoir besoin de l'autorisation du conjoint ;
- Le manque de cordialité voire agressivité de certaines femmes jugeant les questions trop personnelles malgré les explications avant le début du questionnaire ;
- La non disponibilité des femmes fonctionnaires n'étant pas présentes à leur domicile au moment de la collecte ;
- La réticence des enquêtées pour les binômes d'enquêteurs masculins.

3. RESULTATS

Du 10 juillet au 07 aout 2023, nous avons interviewé 1500 femmes dont 887 ont repris les rapports sexuels dans les six mois ayant suivi leur accouchement

3.1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes et de leurs conjoints

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes

3.1.1.1 Age des femmes

La figure ci-dessous présente la répartition des femmes enquêtées selon leur tranche d'âge.

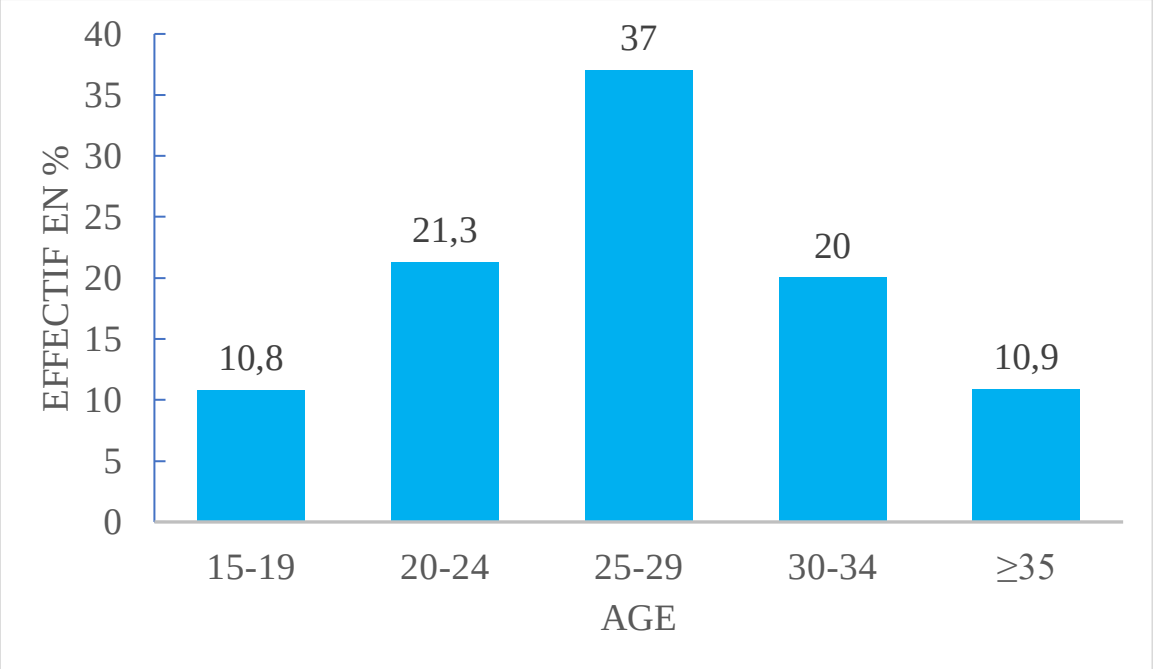


Figure 18 : Répartition des femmes en fonction de la tranche d'âge (en années) dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

Les sujets enquêtés étaient en moyenne âgés de 27,3 ans ± 5,3 ans avec des extrêmes de 15 et 48 ans. Les femmes ayant entre 25 et 29 ans étaient les plus représentées.

3.1.1.2 Distribution des femmes selon la religion, le niveau d'instruction, l'ethnie et la profession/occupation des femmes

- Religion, résidence et niveau d'instruction

Le tableau ci-après renseigne sur la religion et le niveau d'instruction des femmes

Tableau IV : Répartition des femmes selon la religion et le niveau d'instruction dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Effectif (n)	Proportion (%)
Religion		
Chrétienne	1216	81,1
Musulmane	168	11,2
Endogène	78	5,2
Athée	38	2,5
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	219	14,6
Primaire	333	22,2
Secondaire	595	39,7
Supérieur	353	23,5

Au sein des 1500 femmes interviewées, 1216 étaient de religion chrétienne soit 81,1%. Les deux tiers de ces femmes vivaient en milieu urbain et 63,2% avaient atteint le secondaire.

- Ethnie

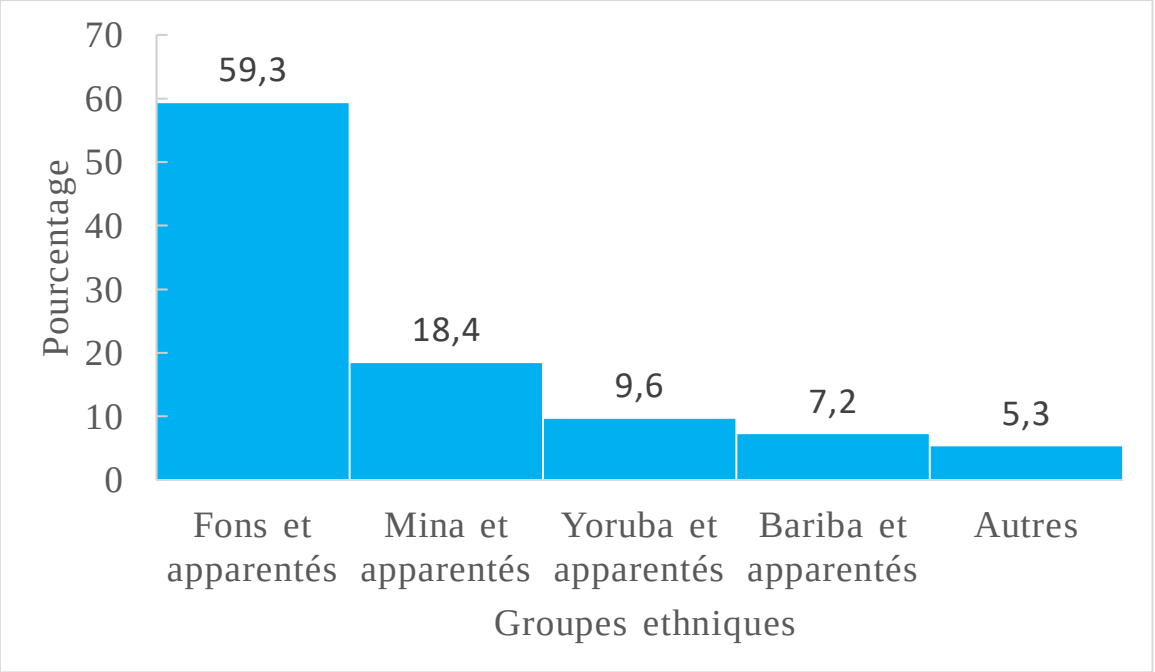


Figure 19 : Répartition des femmes selon le groupe ethnique dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

Le groupe ethnique le plus représenté était celui des Fons et apparentés, regroupant 59,5% des femmes.

- Profession/Occupation

La figure 19 présente la répartition des femmes selon leur profession/occupation

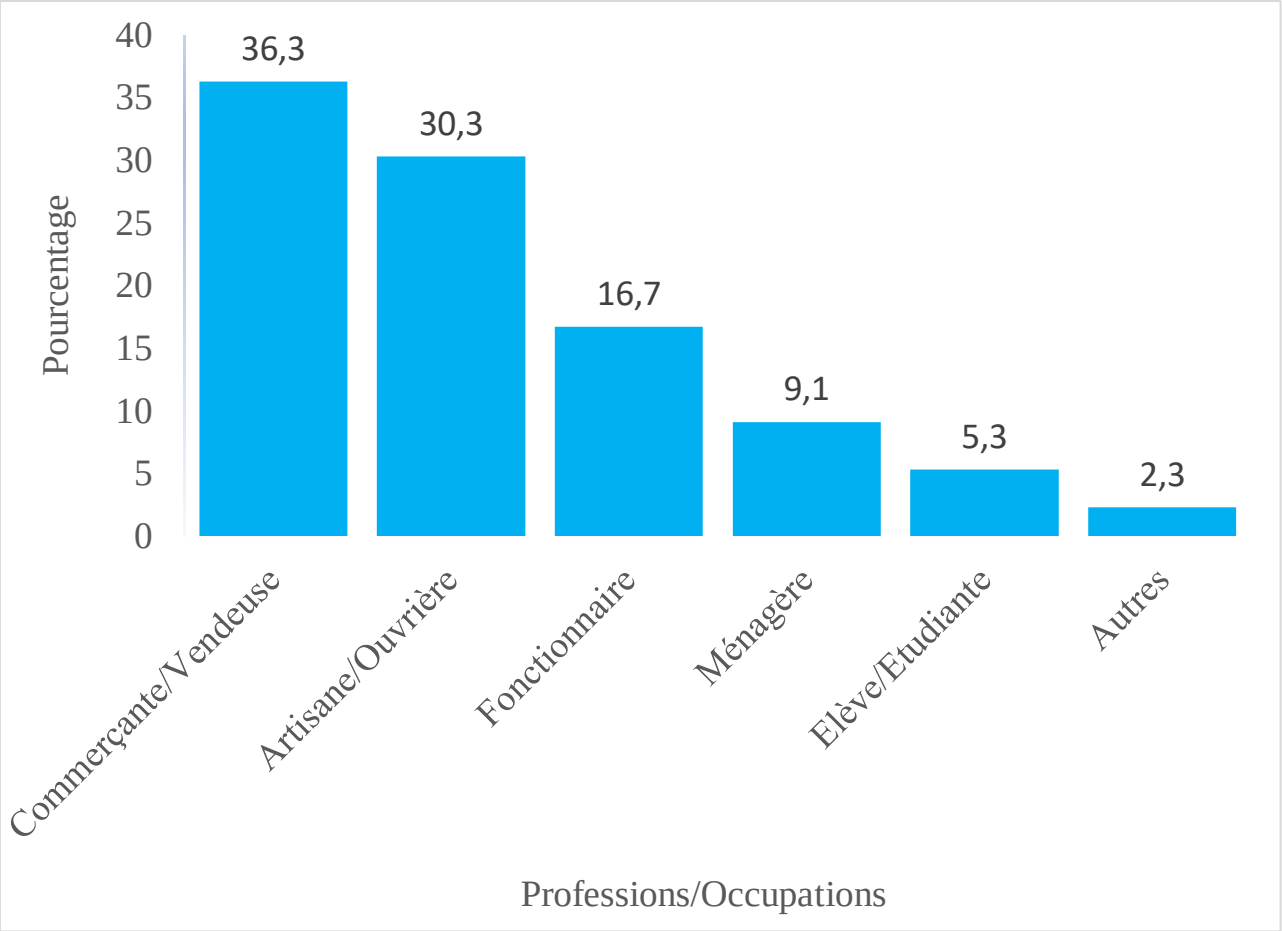


Figure 20 : Répartition des femmes selon leurs professions et occupations dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

Les femmes avaient des professions ou occupations assez variées. Les vendeuses et commerçantes représentaient 36,3% des femmes interrogées.

3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques des conjoints

3.1.2.1 Age des conjoints

La figure 20 illustre la répartition des conjoints par tranche d'âge.

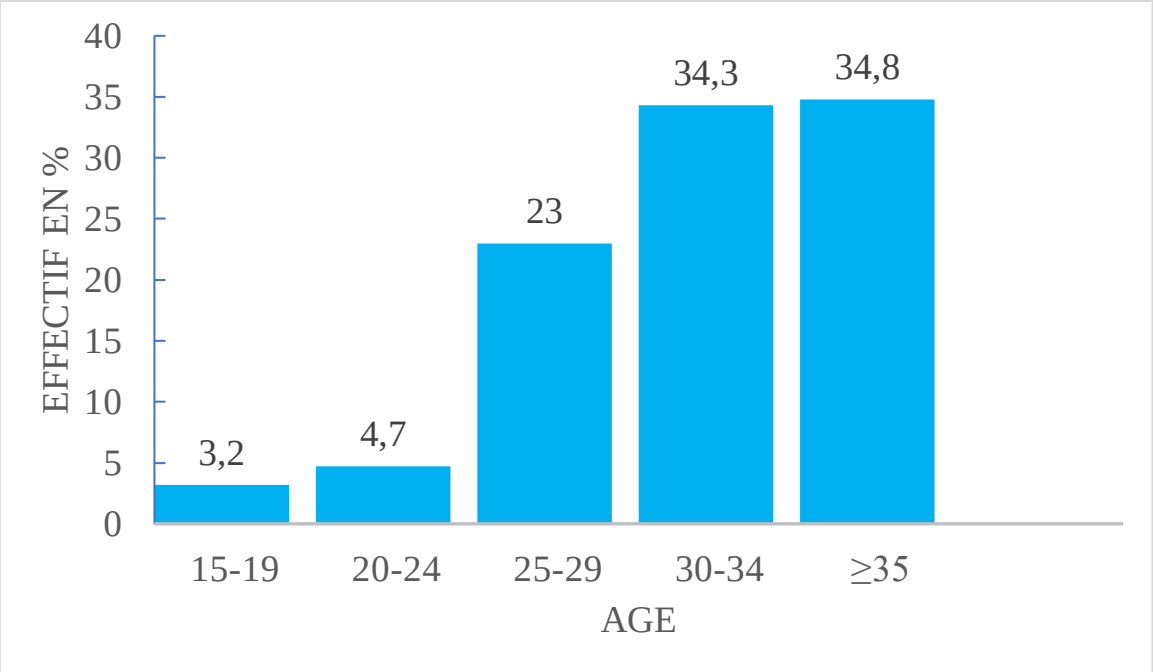


Figure 21 : Répartition des conjoints des femmes par tranche d'âge dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

Les conjoints des femmes enquêtées étaient en moyenne âgés de 32,4 ± 06,5 ans avec des extrêmes de 17 et 60 ans.

3.1.2.2 Profession et niveau d'instruction des conjoints

La répartition des conjoints des femmes interviewés selon leur niveau d'instruction et leur profession sont présentés dans le tableau V

Tableau V : Répartition des conjoints des femmes selon la profession et le niveau d'instruction dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Effectif (n)	Proportion (%)
Profession/ Occupation		
Artisan /Ouvrier	659	43,9
Fonctionnaire	506	33,7
Agriculteur	157	10,5
Commerçant/ Revendeur	136	9,1
Elève/Etudiant	39	2,6
Ménager	3	0,2
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	94	6,3
Primaire	281	18,7
Secondaire	558	37,2
Supérieur	567	37,8

Parmi les conjoints des femmes interviewées, 43,9% étaient artisans ou ouvriers et 75% de ces-derniers avaient atteint le secondaire.

3.1.3 Vie conjugale

3.1.3.1 Situation, régime matrimonial et résidence dans le post-partum

Les informations relatives à la vie conjugale des couples sont présentées dans le tableau VI

Tableau VI : Répartition des femmes selon la situation matrimoniale, le régime matrimonial et la résidence dans le post-partum dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Effectif (n)	Proportion (%)
Situation matrimoniale		
En concubinage	1252	83,5
Mariée	248	16,5
Régime matrimonial		
Monogame	1344	89,6
Polygame	156	10,4
Résidence dans le post-partum		
Changement de résidence de la femme	84	5,6
Même résidence lit séparé	477	31,8
Même résidence, mème lit que le conjoint	939	62,6

Les femmes ayant eu un mariage civil étaient les seules considérées comme mariées dans cette étude. Les femmes rencontrées étaient à 83,5% en concubinage et à 89,6% au sein d'un foyer monogamique. Parmi elles, 62,6% partagent le même lit que leur conjoint

3.1.3.2 Durée de la vie conjugale

La figure 21 illustre la répartition des femmes selon la durée de leur union.

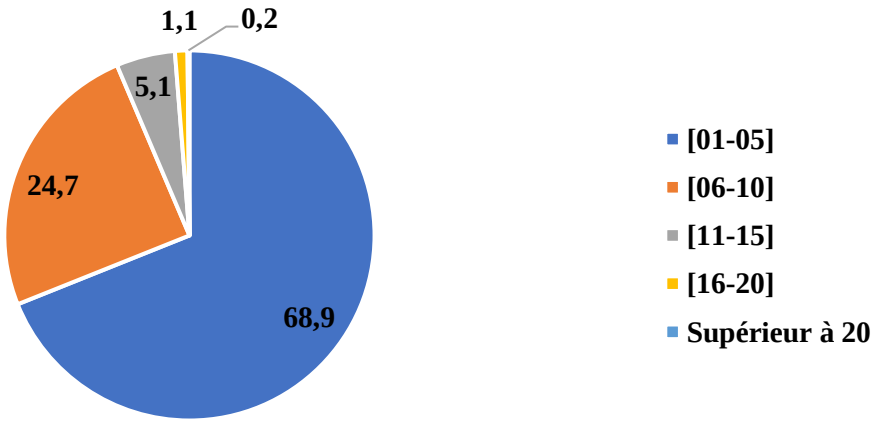


Figure 22 : Répartition des couples selon la durée de vie du couple (an) dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

Les femmes interrogées menaient une vie conjugale depuis un à cinq ans pour 68,9% d'entre elles.

3.2 Données relatives aux antécédents, au suivi de la dernière grossesse et à l'accouchement

3.2.1 Antécédents obstétricaux

Les données relatives à la gestité, à la parité et au nombre d'enfants vivants des femmes sont consignées dans le tableau VI ;

Tableau VII *:* Répartition des femmes selon leurs antécédents obstétricaux dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Effectif (n)	Proportion (%)
Gestité		
Primigeste (1 grossesse)	559	37,3
Paucigeste (2-3 grossesse)	684	45,6
Multigeste (4-6 grossesse)	218	14,5
Grande multigeste (>6)	39	2,6
Parité		
Primipare (1 accouchement)	592	39,5
Paucipare (2-3 accouchement)	700	46,7
Multipare (4-6 accouchement)	182	12,1
Grande multipare (>6)	26	1,7
Nombre d'enfants vivants		
Moins 2	610	40,7
2-3	697	46,5
4 et +	193	12,9

Les paucigestes et paucipares représentaient respectivement 45,6% et 46,7% des femmes. Parmi les femmes interviewées 46,3% avaient deux ou trois enfants vivants.

3.2.2 Suivi de la dernière grossesse

Les caractéristiques de la grossesse précédente sont réunies dans le tableau VIII.

Tableau VIII *:* Caractéristiques de la dernière grossesse des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Effectif (n)	Proportion (%)
Grossesse suivie		
Non	116	7,7
Oui	1384	92,3
Qualification du prestataire		
Sage-femme	1268	84,5
Gynécologue-obstétricien	214	14,3
Médecin généraliste	18	1,2
Informations sur la sexualité dans le post-partum durant le suivi		
Non	1235	82,3
Oui	265	17,7

Les femmes ayant bien suivi leur dernière grossesse (plus de quatre CPN) représentaient 92,3% des femmes rencontrées. Parmi ces femmes 84,5% avaient été suivies par une sage-femme.

Sur les 1500 femmes interviewées, 1235 soit 82,3% n'avaient reçu aucune information sur la sexualité durant le post-partum pendant le suivi de la grossesse.

3.2.3 Evolution de la fréquence des rapports avant et pendant la grossesse

L'évolution du nombre de rapports sexuels avant et durant la grossesse est présentée dans la figure 22

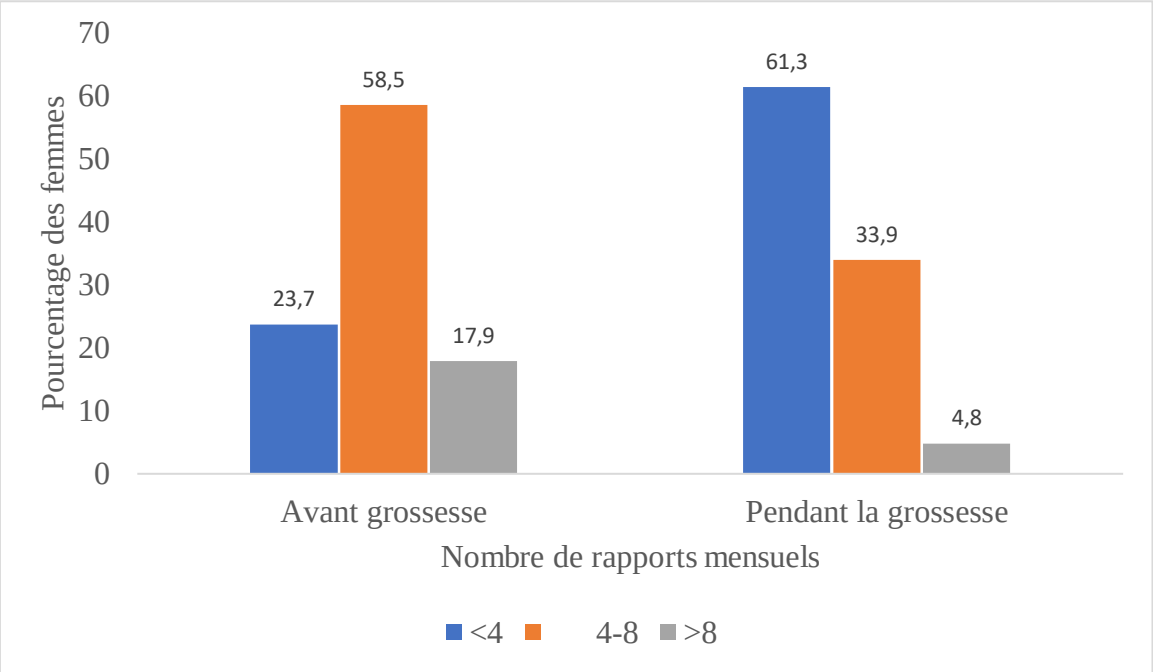


Figure 23 : Evolution des rapports sexuels avant et pendant la grossesse des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

Il a été retrouvé une réduction du nombre de rapports sexuels chez 75,3% des femmes interviewées. La moyenne des rapports sexuels mensuels des femmes est passée de 6,4±4,6 avant la grossesse à 3,2 ± 3,4 pendant la grossesse.

3.2.4 Pathologies au cours de la grossesse

Les complications développées au cours de la grossesse sont présentées dans le tableau IX

Tableau IX *:* Répartition des femmes selon les complications au cours de la dernière grossesse dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Effectif (n)	Proportion (%)
Complications de la grossesse		
Non	1334	88,9
Oui	166	11,1
HTA	144	10,1
MAP	10	0,6
Placenta praevia	5	0,3
Diabète	2	0,1

Parmi les femmes interrogées, 11,1 % ont eu des complications au cours de leurs grossesses. Il s'agissait principalement d'hypertension artérielle à 10,1%.

3.2.5 L'accouchement

- **Voie d'accouchement**

Les césariennes représentaient 15,3% des accouchements de notre échantillon tandis que les accouchements par voie basse représentaient 84,7%. Les césariennes étaient indiquées pour des anomalies du travail dans 22,1% des cas et pour des syndromes vasculo-rénaux dans 17,8% des cas.

- **Terme, complications et vécu de l'accouchement**

Le tableau X présente les données relatives à l'accouchement

Tableau X : Données relatives à l'accouchement des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Effectif (n)	Proportion (%)
Terme à l'accouchement		
[34SA ; 37SA [	17	1,1
[37SA ; 41[	1418	94,5
> 41	65	4,3
Complications de l'accouchement		
Non	1360	90,7
Oui	140	9,3
Déchirures périnéales	81	58,3
Hémorragiques	44	31,7
Infectieuses	17	12,2
Thromboemboliques	2	1,4
Evaluation du vécu de l'accouchement par la femme de 0 à 10		
0-4	294	19,6
5-7	117	7,8
8-10	1089	72,6

Le terme à l'accouchement était en moyenne de 39SA+1jr ±2SA+1jr. Sur tout l'échantillon, seul 9,3% des femmes ont connu des complications dont les plus représentées étaient les déchirures vulvo-périnéales (58,3%) et les hémorragies (31,7%). L'accouchement était suivi d'un séjour à l'hôpital de 2,3±3,7 jours.

Après avoir demandé aux femmes d'attribuer une note entre 0 et 10 pour évaluer leur accouchement, 72,6% des femmes ont accordé une note située entre 8 et 10.

3.2.6 Données relatives au nouveau-né : Etat de santé, séjour en néonatologie, lieu de sommeil et allaitement

Les données concernant l'enfant sont présentées dans le tableau XI

Tableau XI : Etat de santé, lieu de sommeil et allaitement du nouveau-né dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Effectif (n)	Proportion (%)
Etat du nouveau-né		
Vivant	1493	99,5
Décédé	7	0,5
Couchage de l'enfant		
Berceau	138	9,2
Même lit que la mère	1362	90,8
Allaitement		
Artificiel	15	1,1
Maternel exclusif	1061	70,7
Mixte	424	28,3

Au moment de l'enquête, 99,5% des enfants étaient en bonne santé apparente tandis que 0,7% étaient décédés.

Dans 90,8% des foyers, l'enfant partageait le même lit que sa mère. L'allaitement maternel n'était exclusif que chez 70,7% des femmes et mixte chez 28,3% d'entre elles.

3.3 Données relatives à la sexualité après l'accouchement

3.3.1 Délai de reprise des rapports sexuels

Le délai de reprise des rapports sexuels est représenté dans la figure 24

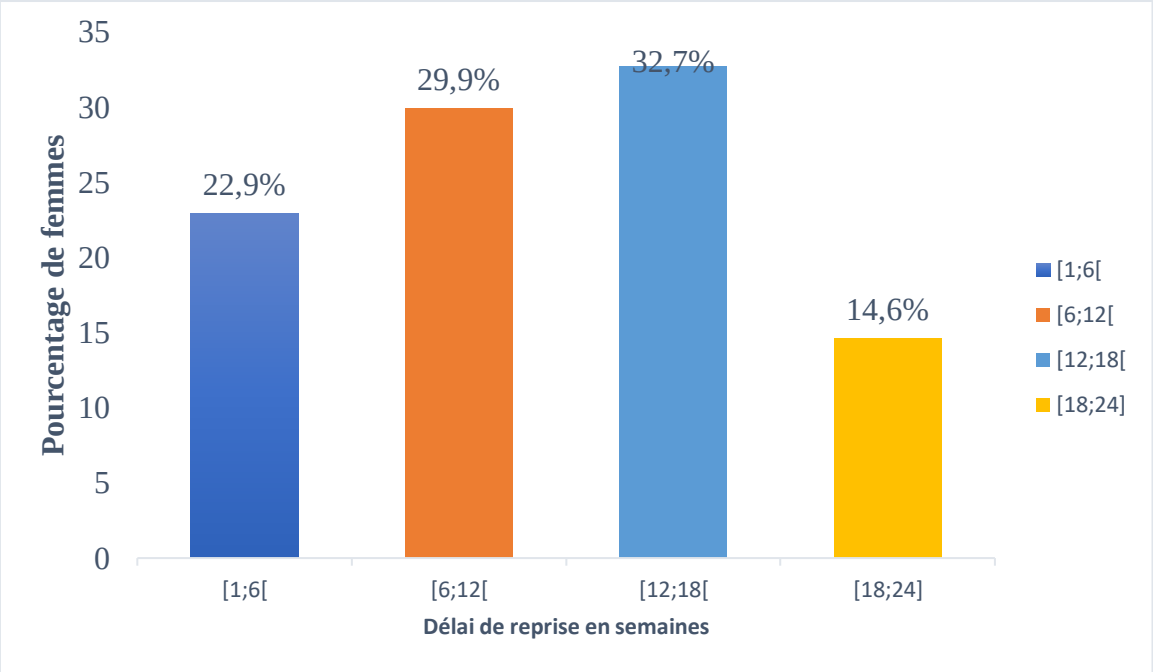


Figure 24 : Délai de reprise des rapports sexuels des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

Parmi les 1500 femmes incluses dans notre étude, 887 avaient repris les rapports sexuels avec leur conjoint soit 59,1%.

Le délai moyen de reprise des rapports sexuels était de 11,4 ± 5,9 semaines. Les femmes ayant repris les rapports entre douze et dix-huit semaines étaient les plus nombreuses.

3.3.2 Données relatives aux conditions de reprise des rapports sexuels : initiateur de la reprise, motifs de reprise, contraception

Le tableau XII présente les différentes informations relatives aux conditions dans lesquelles les rapports sexuels ont été repris.

Tableau XII : Données relatives aux conditions de reprise des rapports sexuels des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

Caractéristiques	Effectif (n)	Proportion (%)
Contraception après accouchement		
Non	1368	91,2
Oui	132	8,8
Contraception avant la reprise des rapports		
Non	1401	93,4
Oui	99	6,6
Initiateur de la reprise des rapports sexuels		
Les deux partenaires	351	39,6
Le conjoint	507	57,1
La femme	29	3,3
Motif de la reprise des rapports sexuels		
Pour satisfaire le conjoint	611	68,9
Pour maintenir l'harmonie du couple	454	51,2
Plaisir personnel	301	33,9
Pour éviter l'infidélité du conjoint	266	30

Dans notre échantillon, 138 femmes soit 8,8% ont adopté une méthode de contraception après leur accouchement. Pour 75% d'entre elles, avoir une contraception était une condition à la reprise des rapports sexuels.

Chez les femmes ayant repris une activité sexuelle au moment de l'interview (887) la reprise était sur initiative du partenaire chez soit 57,1%.

La satisfaction du partenaire et le maintien de l'harmonie au sein du couple étaient les principaux motifs de reprise des rapports chez respectivement 68,9% et 51,2% des femmes.

3.3.3 Données relatives aux pratiques sexuelles après l'accouchement

Le tableau XIII présente les pratiques sexuelles anciennes et nouvelles après accouchement

Tableau XIII : Données relatives aux pratiques sexuelles après accouchement des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

Caractéristiques	Effectif (n)	Proportion (%)
Pratiques sexuelles dans le post-partum		
Coït vaginal	879	99,7
Sexe oral	210	23,8
Attouchements sans pénétration	116	13,2
Masturbation de la femme	39	4,4
Coït anal	3	0,3
Nouvelles pratiques sexuelles dans le post-partum		
Non	1482	98,8
Oui	18	1,2
- Attouchements sans pénétration	7	33,3
- Masturbation	5	27,8
- Coït interrompu	2	11,1
- Sexe oral	2	11,1
- Utilisation d'objets sexuels	2	11,1
Fréquence de rapports sexuels mensuels après accouchement		
4 à 8	448	50,6
Moins de 4	330	37,3
Supérieur à 8	107	12,1

Après la reprise, les pratiques sexuelles étaient surtout le coït vaginal retrouvé chez 99,7% des femmes et le sexe oral chez 23,8%.

Sur tout l'échantillon, 1,2% des femmes affirmaient avoir de nouvelles pratiques sexuelles. Il s'agissait surtout des attouchements sans pénétration chez 33,3% et de la masturbation 27,8%.

3.3.4 Education à la sexualité après accouchement

Le tableau XIV renseigne sur les informations reçues par les femmes sur la sexualité après leur accouchement.

Tableau XIV : Données sur les informations reçues sur la sexualité après accouchement par les femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

Caractéristiques	Effectif (n)	Proportion (%)
Informations sur la sexualité après accouchement		
Non	1274	84,9
Oui	226	15,1
Sources d'informations		
Agents de santé	205	90,7
Communauté (proches, médias)	104	45,1
Degré de satisfaction sur les informations reçues		
Très insatisfaite	2	0,9
Moyennement insatisfaite	40	17,7
Ni satisfaite, ni insatisfaite	39	17,2
Moyennement satisfaite	79	35
Très satisfaite	66	29,2

Dans notre échantillon 15,1% des femmes ont déclaré avoir reçu des informations sur la sexualité après accouchement. Les sources d'information étaient les agents de santé dans 90,7% des cas et 45,1% des femmes avaient reçu des informations. Ces informations étaient jugées moyennement satisfaisantes dans 35% des cas.

Chez 58,5% de ces femmes, il était préconisé d'attendre trois mois avant une quelconque reprise de rapports sexuels.

3.4 Partie analytique

3.4.1 Reprise des rapports sexuels et voie d'accouchement

Les données relatives au nombre de femmes ayant repris les rapports sexuels selon la voie d'accouchement sont consignées dans le tableau XV.

Tableau XV : Répartition de la reprise des rapports sexuels selon la voie d'accouchement des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Reprise des rapports sexuels		p
	Oui n (%)	Non n (%)	
Voie d'accouchement			
- Césarienne	150 (65,2)	80 (34,8)	0,041
- Voie basse	737 (58,0)	533 (42,0)	

La reprise des rapports sexuels était effective chez 65,2% des femmes ayant accouché par césarienne et chez 58% des femmes ayant accouché par voie basse.

Avec une p-value de 0,041 la voie d'accouchement peut être considéré comme influençant la reprise des rapports sexuels après accouchement. Ainsi les femmes ayant eu un accouchement par césarienne reprenaient plus vite les rapports sexuels que celles ayant accouché par voie basse.

3.4.2 Délai de reprise et voie d'accouchement

Le tableau XVI présente les données relatives au délai de reprise selon les deux voies d'accouchement

Tableau XVI : Délai de reprise des rapports sexuels par les femmes selon les voies d'accouchement dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Moyenne (ET)	**p**
Césarienne (n = 230)	11,8 (5,3)	
Voie basse, (n = 1 270)	11,4 (7,2)	0,500
Total, (n = 1 500)	**11,4 (5,9)**	

Les femmes ayant accouché par voix basse avaient un délai de reprise moyen de 11,4±7,2 semaines tandis que chez celles ayant accouché par césarienne le délai moyen de reprise était de 11,8±5,3 semaines. On ne notait pas de différence de délai de reprise statistiquement significative entre les deux voies.

3.4.3 Santé sexuelle des femmes après accouchement

3.4.3.1 Score FSFI moyen

Le score moyen du FSFI des femmes interrogées était de 17,3±10,5 chez les femmes ayant accouché par césarienne tandis qu'il était de 16,2±10,6 chez celles ayant accouché par voix basse.

3.4.3.2 Santé sexuelle selon les voies d'accouchement

Le tableau XVII montre la répartition des scores FSFI selon les voies d'accouchement

Tableau XVII : Répartition du score FSFI total des femmes selon les voies d'accouchement dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Total	Score FSFI	
		< 26,55	≥ 26,55
Voie d'accouchement			
- Césarienne	230	169 (73,5)	61 (26,5)
- Voie basse	1 270	986 (77,6)	284 (22,4)

La valeur seuil du FSFI en dessous de laquelle la femme est considérée comme ayant un trouble de la fonction sexuelle est 26,55. Un trouble de la fonction sexuelle était retrouvé chez 73,5% des femmes ayant accouché par césarienne et chez 77,6% des femmes ayant accouché par voie basse.

3.4.3.3 Domaines FSFI selon les voies d'accouchement

Le tableau XVIII présente ces résultats

Tableau XVIII : Moyenne du score FSFI des femmes et de ses domaines selon les voies d'accouchement dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Césarienne (n = 230)	Voie basse (n = 1 270)	Total (n = 1 500)	p
Désir				0,5
- Moyenne	2,9 (1,3)	2,9 (1,4)	2,9 (1,4)	
Excitation				0,3
- Moyenne	2,4 (2,0)	2,2 (2,0)	2,2 (2,0)	
Lubrification				0,018
- Moyenne	2,9 (2,5)	2,5 (2,4)	2,5 (2,4)	
Orgasme				0,2
- Moyenne	2,4 (2,1)	2,2 (2,2)	2,2 (2,2)	
Satisfaction				0,3
- Moyenne	3,8 (1,2)	3,7 (1,3)	3,8 (1,3)	
Douleur				0,3
- Moyenne (ET)	2,9 (2,6)	2,7 (2,6)	2,8 (2,6)	

Le FSFI compte cinq domaines d'étude. Le domaine de la lubrification était le seul pour lequel la voie d'accouchement avait une influence significative.

3.4.3.4 Facteurs influençants la fonction sexuelle

3.4.3.4.1 Analyse univariée

3.4.3.4.1.1 Facteurs socio-démographiques de la femme

Le tableau XIX présente l'influence des différents facteurs sociodémographiques de la femme sur sa santé sexuelle.

Tableau XIX : Facteurs socio-démographiques de la femme influençant sa santé sexuelle dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Total	Santé sexuelle normale		Univariée	
		Non	Oui	OR_b(ICà 95%)	p
Tranche d'âge (en année)					**0,032**
15-24	482	391 (81,1)	91 (18,9)	1	
25-34	855	643 (75,2)	212 (24,8)	0,70 (0,53 - 0,92)	
35 et +	163	121 (74,2)	42 (25,8)	0,67 (0,44 - 1,02)	
Religion					0,067
Athée	38	30 (78,9)	8 (21,1)	1	
Chrétienne	1 216	946 (77,8)	270 (22,2)	1,18 (0,45 - 2,80)	
Endogène	78	63 (80,8)	15 (19,2)	0,97 (0,32 - 2,80)	
Musulmane	168	116 (69,0)	52 (31,0)	0,78 (0,28 -1,99)	
Ethnie					0,098
Fon et apparentés	890	705(79,2)	185(20,8)	1	
Mina et apparentés	276	200(72,3)	76(27,7)	0,90 (0,47 - 1,72)	
Yoruba et apparentés	144	106(73,1)	38(26,9	0,78 (0,28 - 1,99)	
Bariba et apparentés	108	60(54,8)	48(45,2)	0,90 (0,47 - 1,72)	
Autres	82	69(83,3)	13(16,7)	0,97 (0,32 - 2,80)	
Niveau d'instruction					**0,001**
Non scolarisée	219	186 (84,9)	33 (15,1)	1	
Primaire	333	280 (84,1)	53 (15,9)	0,93 (0,58 -1,49)	
Secondaire	595	467 (78,5)	128 (21,5)	0,64 (0,42 - 0,97)	
Supérieur	353	222 (62,9)	131 (37,1)	0,30 (0,19 - 0,45	
Non scolarisée	219	186 (84,9)	33 (15,1)	1	
Profession/Occupation					**0,001**
Artisane/Ouvrière	454	379 (83,5)	75 (16,5)	1	
Commerçante/Vendeuse	545	422 (77,4)	123(22,6)	0,52 (0,42 - 0,97)	

Fonctionnaire	251	157 (62,5)	94 (37,5)	0,72 (0,28 - 1,74)	
Ménagère	137	111 (81,0)	26 (19,0)	0,88 (0,32 - 0,98)	
Elève/Etudiante	79	57 (72,2)	22 (27,8)	0,75 (0,28 - 1,69)	
Autres	34	29 (85,3)	5 (14,7)	0,82 (0,28 - 1,58)	
Situation matrimoniale					0,900
En concubinage	1 252	988 (78,9)	264 (21,1)	1	
Mariée	248	167 (67,3)	81 (32,7)	0,99 (0,69 - 1,43)	
Régime matrimoniale					0,110
Monogame	1 344	1 027 (76,4)	317 (23,6)	**1**	
Polygame	156	128 (82,1)	28 (17,9)	1,03 (0,63 - 1,70)	

Il y a un lien statistiquement significatif entre certains facteurs socio-démographiques des femmes (âge, niveau d'instruction, profession) et leur santé sexuelle.

Les femmes ayant entre 25 et 34 avaient 70% de risque de plus que celles ayant entre 15 et 24 ans d'avoir une dysfonction sexuelle.

3.4.3.4.1.2 Facteurs socio-démographiques du conjoint

Les données montrant l'influence des facteurs sociodémographiques des conjoints sur la santé sexuelle de leurs femmes sont présentées dans le tableau XX

Tableau XX : Facteurs socio-démographiques des conjoints des femmes influençant la santé sexuelle de leur femme dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Total	Santé sexuelle normale		Univariée	
		Non	Oui	OR_b (IC à 95%)	p
Age (en année)					0,200
15-24	119	99 (83,2)	20 (16,8)	1	
25-34	859	664 (77,3)	195 (22,7)	0,98 (0,53 - 1,75)	
35 et +	522	392 (75,1)	130 (24,9)	0,80 (0,40 - 1,58)	
Niveau d'instruction					0,600
Non scolarisée	94	82 (87,2)	12 (12,8)	-	
Primaire	281	239 (85,1)	42 (14,9)	1,05 (0,49 - 2,15)	
Secondaire	558	440 (78,9)	118 (21,1)	0,80 (0,38 - 1,56)	
Supérieur	567	394 (69,5)	173 (30,5)	0,86 (0,40 - 1,78)	

Les facteurs socio-démographiques du conjoint n'avaient pas d'influence statistiquement significative sur la santé sexuelle de leurs femmes.

3.4.3.4.1.3 Vie de couple

Le tableau XXI présente l'association de la durée de l'union des femmes interviewées et leur santé sexuelle

Tableau XXI : Association entre la santé sexuelle des femmes et la durée d'union du couple dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Santé sexuelle normale		Univariée	
	Non	**Oui**	**OR_b(ICà 95%)**	**p**
Durée de l'union (année)				
[01-05]	770(74,4)	264 (25,6)	1	
[06-10]	220 (59,2)	151 (40,8)	1,99(0,85-2,2)	
[11-15]	39 (50,3)	38 (49,7)	2,87(0,62-2,90)	0,096
[16-20]	10 (54,6)	7 (45,4)	2,42(0,44-2,5)	
> à 20	01 (100)	0(0,0)	1,98(0,56-2,0)	

La durée de la vie de couple n'avait aucune influence statistiquement significative sur la valeur du score FSFI des femmes.

3.4.3.4.2 Antécédents obstétricaux et santé sexuelle

Le tableau XXII présente l'association entre les antécédents obstétricaux des femmes et leur santé sexuelle.

Tableau XXII : Antécédents obstétricaux et santé sexuelle des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Total	Santé sexuelle normale		Univariée	
		Non	Oui	OR_b (IC à 95%)	p
Gestité					**0,001**
Primigeste	559	433 (77,5)	126 (22,5)	1	
Paucigeste	684	499 (73,0)	185 (27,0)	0,78 (0,60 – 0,92)	
Multigeste	218	188 (86,2)	30 (13,8)	1,82 (1,19 – 2,85)	
Grande multigeste	39	35 (89,7)	4 (10,3)	2,54 (0,99 – 8,63)	
Parité					0,500
Primipare	592	457 (77,2)	135 (22,8)	1	
Paucipare	700	520 (74,3)	180 (25,7)	2,49 (0,54 – 13,6)	
Multipare	182	154 (84,6)	28 (15,4)	1,41 (0,16 – 13,9)	
Grande multipare	26	24 (92,3)	2 (7,7)	3,26 (0,15 – 74,6)	
Nombre d'enfants vivants					0,300
Moins 2	610	474 (77,7)	136 (22,3)	1	
2-3	697	517 (74,2)	180 (25,8)	0,4 (0,09 – 1,39)	
4 et +	193	164 (85,0)	29 (15,0)	0,29 (0,04 – 1,61)	

Il y avait une association statistiquement significative entre la fonction sexuelle des femmes et la gestité avec une p-value de 0,001. Les multigestes avaient 1,82 fois plus de chance que les primigestes de ne pas avoir un trouble de la fonction sexuelle.

3.4.3.4.3 Suivi, évolution de la dernière grossesse et santé sexuelle

Le tableau XXIII présente l'association entre les caractéristiques de la dernière grossesse et la santé sexuelle des femmes.

Tableau XXIII : Suivi, évolution de la dernière grossesse et santé sexuelle des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Total	Santé sexuelle normale		Univariée	
		Non	Oui	OR_b (IC à 95%)	p
Qualification du prestataire					**0,007**
Sage-femme	1268	983(77,5)	285(22,5)	1	
Gynécologue-obstétricien	214	154(72)	60(28)	0,39(0,28-0,78)	
Médecin généraliste	18	18(100)	0	0,49(0,33-0,91)	
Evolution de la grossesse					0,28
Normale	1334	965(72,3)	369(27,7)	0,85(0,32-1,1)	
Complications	116	81(70)	35(30)	1	

La qualification du prestataire ayant suivi la grossesse avait une influence statistiquement significative sur la santé sexuelle des femmes après accouchement. Celles qui avaient été suivi par un médecin généraliste avait 49% de risque de plus que celles suivies par des sage-femmes de développer une dysfonction sexuelle.

3.4.3.4.4 Accouchement et santé sexuelle des femmes

Le tableau XXV présente l'influence de l'accouchement sur la santé sexuelle des femmes

Tableau XXIV : Association entre les modalités de l'accouchement et la santé sexuelle des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Total	Santé sexuelle normale		Univariée	
		Non	Oui	OR_b (IC à 95%)	p
Voie d'accouchement					0,200
Césarienne	230	169 (73,5)	61 (26,5)	1	
Voie basse	1 270	986 (77,6)	284 (22,4)	1,15 (0,79 - 1,66)	
Complications de l'accouchement					0,900
Non	1 360	1 048 (77,1)	312 (22,9)	1	
Oui	140	107 (76,4)	33 (23,6)	1,01 (0,65 - 1,60)	
Note du vécu de l'accouchement					0,800
0-4	294	229 (77,9)	65 (22,1)	1	
5-7	117	92 (78,6)	25 (21,4)	1,37 (0,77 - 2,49)	
8-10	1 089	834 (76,6)	255 (23,4)	1,38 (0,95 - 1,98)	

Dans notre étude ni la voie d'accouchement, ni les complications ou encore le vécu de l'accouchement par la femme n'avaient une influence statistiquement significative sur la santé sexuelle des femmes.

3.4.3.4.5 Données relatives à l'association entre lieu résidence des femmes, contraception et santé sexuelle des femmes

Les données relatives aux influences du lit conjugal et de la contraception sur la santé sexuelle des femmes sont présentées dans le tableau XXVI

Tableau XXV : Association entre le lieu résidence des femmes, la contraception et la santé sexuelle des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Total	Santé sexuelle		Univariée	
		Non	Oui	OR_b (IC à 95%)	p
Résidence de la femme					**0,001**
Changement	84	80 (95,2)	4 (4,8)	1	
Lit séparé	477	367 (76,9)	110 (23,1)	0,16 (0,05 – 0,41)	
Même lit que le conjoint	939	708 (75,4)	231 (24,6)	0,15 (0,04 – 0,38)	
Contraception dans le post-partum					**0,001**
Non	1 368	1 071 (78,3)	297 (21,7)	1	
Oui	132	84 (63,6)	48 (36,4)	0,5 (0,33 – 0,77)	

Les données relatives au post-partum telles que la résidence de la femme après son accouchement, ainsi que l'utilisation d'une méthode de contraception influençaient de façon statistiquement significative la santé sexuelle des femmes après accouchement.

Les femmes sous contraception avaient deux fois plus de risque d'avoir une dysfonction sexuelle que celles qui n'avaient aucune méthode de contraception.

3.4.3.4.6 Association des données relatives au nouveau-né et de la santé sexuelle de la mère

Les données relatives aux nouveau-nés et à la santé sexuelle des mères sont présentées dans le tableau XXVII

Tableau XXVI : Influence des données relatives au nouveau-né sur la santé sexuelle des mères dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Total	Santé sexuelle normale		Univariée	
		Non	Oui	OR_b (IC à 95%)	p
Etat du nouveau-né					0,178
Vivant	1493	1173(78,6)	320(21,4)	1	
Décédé	7	6(85,7)	1(14,3)	0,11(0,1-0,9)	
Lieu de couchage du bébé					**0,006**
Lit des parents	1362	989(72,6)	373(28,4)	0,96(0,2-0,9)	
Berceau	138	87(63,0)	51(37)	1	
Mode d'allaitement					0,800
Artificiel	15	12 (80,0)	3 (20,0)	1	
Maternel exclusif	1 061	812 (76,5)	249 (23,5)	1,15 (0,22 – 4,64)	
Mixte	424	331 (78,1)	93 (21,9)	1,05 (0,20 – 4,22)	

Le lieu de couchage du nouveau-né est le seul aspect relatif au nouveau-né ayant une influence statistiquement significative sur la santé sexuelle de la mère. Les mères partageant le même lit que leur enfant avaient 96% plus de risque de souffrir d'une dysfonction sexuelle.

3.4.3.4.7 Sources d'informations sur la sexualité du post-partum et santé sexuelle des femmes

Les données sur l'influence des informations reçues par les femmes sur leur santé sexuelle sont présentées dans le tableau XXVIII

Tableau XXVII : Association entre les informations reçues sur la sexualité après accouchement et la santé sexuelle des femmes dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Total	Santé sexuelle normale		Univariée	
		Non	Oui	OR_b (IC à 95%)	p
Informations sur la sexualité fourni par l'agent de santé					**0,002**
Non	1 235	970 (78,5)	265 (21,5)	1	
Oui	265	185 (69,8)	80 (30,2)	1,25(1,1- 1,98)	
Informations sur la sexualité fournies par la communauté					0,200
Non	1 288	992 (77,0)	296 (23,0)	1	
Oui	104	80 (76,9)	24(23,1)	1,33 (0,88 - 2,03)	

L'obtention d'informations de la part du personnel soignant pendant le suivi de la grossesse était un facteur influençant de façon statistiquement significative la santé sexuelle des femmes après accouchement.

3.4.3.4.8 Violences conjugales, état psychologique des femmes, et santé sexuelle des femmes

Les informations qui sont relatives à l'association entre les violences conjugales, l'état psychologique des femmes et leur santé sexuelle sont regroupées dans le tableau XXIX

Tableau XXVIII : Association entre les violences conjugales, l'état psychologique des femmes et leur santé sexuelle dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Total	Santé sexuelle normale		Univariée	
		Non	Oui	OR_b (IC à 95%)	p
Violences conjugales					**0,001**
Non	1 407	1 065 (75,7)	342 (24,3)	1	
Oui	93	90 (96,8)	3 (3,2)	0,5 (0,1 - 0,97)	
Score d'Edimbourg					**0,001**
Moins de 10	1 180	884 (74,9)	296 (25,1)	1	
10 et plus	320	271 (84,7)	49 (15,3)	0,64 (0,133 - 0,92)	

Dans cette étude, 6,2% des femmes interrogées avaient avoué être victimes de violences conjugales. Les femmes victimes de violences avaient deux fois moins de chance que les autres d'avoir une santé sexuelle normale.

Une susceptibilité à la dépression du post-partum était retrouvée chez 21,33% des femmes interrogées selon l'échelle d'Edimbourg. Notre étude révélait que cette susceptibilité à la dépression avait une influence sur l'existence de troubles de la fonction sexuelle.

3.4.3.5 Analyse multivariée

Les résultats obtenus après une analyse multivariée des facteurs influençants la santé sexuelle des femmes sont présentés dans le tableau XXX

Tableau XXIX : Facteurs influençants la santé sexuelle des femmes après l'accouchement dans la commune d'Abomey-Calavi en 2023

	Santé sexuelle normale		Multivariée	
	Non	**Oui**	**OR_a (IC à 95%)**	**p**
Voie d'accouchement				0,400
Césarienne	169 (73,5)	61 (26,5)	1	
Voie basse	986 (77,6)	284 (22,4)	1,16 (0,81 - 1,64)	
Niveau d'instruction				**0,001**
Non scolarisée	186 (84,9)	33 (15,1)	1	
Primaire	280 (84,1)	53 (15,9)	1,0 (0,61 - 1,63)	
Secondaire	467 (78,5)	128 (21,5)	0,68 (0,43 - 1,03)	
Supérieur	222 (62,9)	131 (37,1)	0,33 (0,20 - 0,51)	
Résidence dans le post-partum				**0,001**
Changement de résidence	80 (95,2)	4 (4,8)	1	
Même résidence lit séparé	367 (76,9)	110 (23,1)	0,15 (0,04 - 0,38)	
Même lit que le conjoint	708 (75,4)	231 (24,6)	0,14 (0,04 - 0,35)	
Fréquence mensuelle de rapports sexuels avant la grossesse				**0,001**
Moins de 4	316 (89,0)	39 (11,0)	1	
4-8	650 (74,1)	227 (25,9)	0,38 (0,25 - 0,55)	
Plus de 8	189 (70,5)	79 (29,5)	0,35 (0,22 - 0,54)	
Contraception dans le post-partum				**0,001**
Non	1 071 (78,3)	297 (21,7)	1	
Oui	84 (63,6)	48 (36,4)	0,50 (0,33 - 0,76)	
Informations sur la sexualité dans le post-partum durant le suivi				**0,001**
Non	970 (78,5)	265 (21,5)	1	
Oui	185 (69,8)	80(30,2)	1,25(1,1- 1,98)	
Score d'Edimbourg				**0,004**
Moins de 10	884 (74,9)	296 (25,1)	1	
10 et plus	271 (84,7)	49 (15,3)	0,66 (0,17 - 0,99)	

Après ajustement sur les différents facteurs de confusion nous n'avons pas trouvé d'association entre la voie d'accouchement et la santé sexuelle après accouchement.

Par ailleurs on retrouvait une association statistiquement significative entre la santé sexuelle après l'accouchement et le niveau d'instruction, la résidence de la femme après accouchement, la fréquence des rapports sexuels avant la grossesse, les informations sur la sexualité reçues pendant le suivi de la grossesse, la susceptibilité à la dépression.

Les femmes ayant un niveau d'instruction universitaire avaient trois fois moins de chance d'avoir une santé sexuelle normale que les femmes n'ayant jamais été scolarisées.

Les femmes n'ayant reçu aucune information sur la sexualité après accouchement au cours du suivi de leur grossesse avaient plus de chance de développer une dysfonction sexuelle après l'accouchement. Celles susceptibles de faire une dépression du post-partum avaient 34% moins de chance d'avoir une santé sexuelle normale que les femmes stables psychologiquement.

4. DISCUSSION

4.1 Atteinte des objectifs

Ce travail nous a permis d'étudier l'impact de la voie d'accouchement sur la santé sexuelle des femmes dans après l'accouchement en population générale dans la commune d'Abomey-Calavi. Au terme de notre étude nous avons pu :

- **Décrire les caractéristiques sociodémographiques des accouchées de la commune d'Abomey-Calavi**

Au cours de cette étude 1500 femmes ont été interviewées. Leur âge moyen était de 27,3 ± 5,3 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 25 à 29 ans. Les femmes appartenant au groupe ethnique Fon et apparentés étaient de 59,3%. La majorité de ces femmes étaient chrétiennes (81,1%), commerçantes ou vendeuses (36,3%). Les femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire représentaient 39,7% de notre échantillon. Elles vivaient en concubinage à 85,3% avec des conjoints dont l'âge moyen était de 32,4 ± 06,5 ans. Les foyers au sein desquels vivaient ces femmes étaient monogamiques dans 89,6% des cas.

- **Déterminer le délai moyen de reprise des rapports sexuels après l'accouchement selon la voie d'accouchement dans la commune d'Abomey-Calavi**

Le délai moyen de reprise était en général de 11,4±5,9 semaines. Celles ayant accouché par césarienne avaient un délai moyen de reprise des rapports sexuels de 11,8 ±5,3 semaines et celles ayant accouché par voie basse avaient un délai 11,4±7,2 semaines.

- **Identifier les nouvelles pratiques sexuelles dans le post partum**

Au sein de cet échantillon, 18 femmes soit 1,2% avaient adopté de nouvelles pratiques sexuelles dans le post-partum. Il s'agissait entre autres d'attouchement sans pénétration (33,3%), de masturbation (27,8%), d'usage

d'objets sexuels (11,1%), de sexe oral (11,1%) et de coït interrompu (11,1%).

- **Analyser l'impact de la voie d'accouchement sur le délai de reprise des rapports sexuels**

  Les deux voies d'accouchement prises en compte étaient la césarienne et la voie basse. Après une analyse univariée, une p-value de 0,5 démontrait qu'il n'y avait pas une influence statistiquement significative de la voie d'accouchement sur le délai de reprise.

- **Apprécier la santé sexuelle des femmes dans le post-partum selon la voie d'accouchement dans la commune d'Abomey-Calavi.**

  La santé sexuelle des femmes au sein de cette étude a été étudiée grâce au FSFI. Parmi ces femmes, 77% avaient un score inférieur à 26,55. Ceci traduit une dysfonction sexuelle chez ces femmes dans les six premiers mois après accouchement. Une dysfonction sexuelle était retrouvée chez 73,5% des femmes ayant accouché par césarienne et chez 77,6% des femmes ayant accouché par voie basse. Après une analyse multivariée, la voie d'accouchement n'était pas reconnue comme ayant une influence statistiquement significative (p-value=0,2) sur la santé sexuelle des femmes après l'accuchement.

4.2 Validité des résultats

La grossesse et l'accouchement entrainent d'importantes modifications de la santé sexuelle des femmes dans le post-partum. Dans le but d'étudier l'impact des différentes voies d'accouchement sur la santé sexuelle des femmes dans le post-partum, cette étude transversale à visée descriptive et analytique a été réalisée dans la commune d'Abomey-Calavi sur mille cinq cents femmes. Une cohorte prospective aurait été idéale pour l'atteinte des objectifs de cette étude. En effet, elle aurait permis de suivre la fonction sexuelle des femmes avant la grossesse, tout au long de la grossesse et après l'accouchement. Ce type d'étude

aurait permis d'éviter un éventuel biais de confusion au cas où il existerait une différence statistiquement significative entre les femmes ayant accouché par césarienne et celles ayant accouché par voie basse avant leur accouchement.

4.3 Etude des résultats obtenus avec les données de la littérature

4.3.1 Caractéristiques socio-démographiques

- **Age**

Cette étude a été réalisée sur 1500 femmes. L'âge moyen de l'échantillon était de 27,3 ± 5,3 ans. Cette tranche d'âge correspondrait à celui de la fertilité maximale dans l'espèce humaine. Les données de la littérature y sont comparables. En effet Yamontche et al (7) retrouvaient un âge moyen de 27,8 ± 05,9 ans à Cotonou en 2022 ; Adanikin et al en 2014 (28) un âge moyen de 29,11 ± 5,42 ans au Nigéria. Cette similarité des âges moyens pourrait s'expliquer également par la culture africaine qui préconise les mariages pendant le jeune âge.

- **Profession, religion, ethnie, niveau d'instruction, régime matrimonial et conjoint**

Les commerçantes et vendeuses représentaient 36,3% des femmes interrogées. La moitié d'entre elles appartenaient au groupe ethnique Fon et apparentés avec 59,3%. Elles étaient chrétiennes à 81,1%. Le niveau secondaire avait été atteint par 39,7% d'entre elles. Nos résultats reflètent les caractéristiques de répartition de la population féminine béninoise telles que rapportées dans l'Enquête Démographique et de la Santé du Bénin (EDS B-V) de 2017-2018 (29). Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les femmes dominent majoritairement le secteur tertiaire. L'ethnie fon majoritaire s'explique par le fait que notre étude a été mené dans le sud du Bénin.

Ces foyers étaient monogamiques dans 89,6% des cas. Dans une étude réalisée dans trente-quatre pays africains en 2015 (30) le faible taux de polygamie serait

dû à l'adoption progressive en Afrique de religion au sein desquels la polygamie est proscrite comme la chrétienté. L'impact négatif de la polygamie est en effet enseigné depuis le jeune âge dans les familles.

S'agissant des conjoints, l'âge moyen était de 32,4 ± 06,5 ans. Cette supériorité de l'âge des conjoints par rapport à leurs épouses est retrouvée à travers la littérature. En effet une étude réalisée en 2021 aux USA sur six millions de couple ayant eu un enfant entre 2018 et 2020 retrouvait que les conjoints étaient dans 80,2% des cas plus âgés que leurs femmes (31). Ceci pourrait s'expliquer par la stabilité émotionnelle et financière qu'un conjoint plus âgé pourrait offrir mais aussi les pesanteurs socio-démographiques.

4.3.2 Voie d'accouchement

Parmi les 1500 accouchées, 1270 femmes avaient accouché par voie basse, soit 84,7%. Ces valeurs se rapprochent de celles trouvées au Nigéria en 2014 par Anzaku et al qui ont noté un taux d'accouchement par voie basse de 80,6% (32) ; et en Israël en 2013 par Lurie et al (33) avec 75,4% d'accouchement par voie basse.

S'agissant des accouchements par césarienne, le taux retrouvé dans notre étude (15,3%) est supérieur à celui rapporté dans l'Enquête Démographique et de la Santé réalisée en 2017 où le taux d'accouchement par césarienne dans le département de l'Atlantique était de 8,9% (29). Ceci pourrait s'expliquer par la mobilité du taux de césarienne d'une commune à une autre dans l'Atlantique. Mais surtout par la présence d'un hôpital de référence qu'est le Centre Hospitalier Universitaire de la Zone Abomey-Calavi-So-Ava recevant des cas d'autres communes nécessitant des césariennes.

4.3.3 La reprise des rapports sexuels dans le post-partum

- **Proportion de reprise**

Dans notre étude 887 femmes avaient repris les rapports sexuels entre six semaines et six mois après leur accouchement soit 59,1%. Nos résultats sont

comparables à ceux retrouvés par certains auteurs à travers le monde. Ainsi dans une étude de cohorte réalisée en Afrique sub-saharienne de 2014 à 2020, Asmamaw et al ont trouvé une proportion de 67,9% (34). Aux USA en 2013, Yee et al ont retrouvé que 60,7% des femmes avaient repris une activité sexuelle avant six mois (35). D'autres auteurs par contre ont trouvé des proportions de reprise supérieures à la nôtre. En effet, au Maroc en 2022, Lehiany et al retrouvaient une reprise chez 100% des femmes à trois mois du post-partum (36). Il en était de même pour Kahramanoglu et al en Turquie en 2017 qui retrouvaient une reprise chez 98,8% des femmes (37)**.** Ces variations pourraient s'expliquer par des différences culturelles, ethniques, religieuses et du personnel de santé.

Parmi les femmes ayant accouché par césarienne 65,2% avaient repris les rapports sexuels au cours de notre étude contre 58% chez celles qui avaient accouché par voie basse. Cette différence pourrait s'expliquer par les lésions subies par les voies génitales lors d'un accouchement par voie basse. En effet, un accouchement par voie basse peut entrainer des lésions de gravité variable (érosions, déchirures, thrombus) surtout en cas d'extraction instrumentale. Tous ces facteurs pourraient expliquer la différence des proportions des femmes ayant repris entre les deux voies d'accouchement.

- **Délai moyen de reprise**

Le délai moyen de reprise des rapports sexuels dans cette étude était de 11,4±5,9 semaines. Ce délai est similaire à celui retrouvé à Cotonou par Yamontche et al en 2022 (7) qui était de 10,7 ± 04,5 semaines ainsi que celui retrouvé au Brésil en 2015 par Matijasevich et al qui était de 10,4±5,2 semaines (38).

Des délais de reprise différents ont été trouvés par d'autres auteurs. Alum et al en Ouganda (39) en 2015 et Ebisa et al en Ethiopie en 2019 retrouvaient des délais moyens respectifs de 6 et 8 semaines (40).

Ceci peut s'expliquer par le fait que plusieurs facteurs influencent le délai de reprise des rapports sexuels. Outre la voie d'accouchement, d'autres facteurs tels que les croyances religieuses et ethniques, les habitudes sexuelles du couple, la libido jouent un rôle important. Le temps d'abstinence après l'accouchement varie selon les croyances. En ce qui concerne les croyances, le temps d'abstinence peut varier de 40jours à trois mois.

- **Association entre délai de reprise et voie d'accouchement**

Le délai moyen de reprise des rapports sexuels dans le post-partum était similaire pour les deux voies d'accouchement étudiées. En effet, chez celles ayant accouché par césarienne il était de 11,8 ±5,3 semaines et chez celles ayant accouché par voie basse il était de 11,4±7,2 semaines. Le délai de reprise des rapports sexuels n'était pas significativement associé à la voie d'accouchement, après une analyse univariée, avec une valeur de P>0,05. Les mêmes constatations ont été faites dans des études réalisées en 2008 aux USA par Brubaker et al (41), et en 2022 en Suisse par Nikolaidou et al (42). Ce résultat reste assez controversé. Safarinejad et al (43) en 2009 dans les Emirats Arabes et McDonald et al (44) en 2014 aux USA retrouvaient que la voie d'accouchement avait une influence sur le délai de reprise et qu'en général les femmes ayant eu une césarienne avaient un délai inférieur de trois à quatre semaines aux femmes ayant accouché par voie basse. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les initiateurs de la reprise des rapports sexuels dans 57,1% des foyers de cette étude étaient les conjoints et le motif de la reprise était pour 68,9% des femmes la satisfaction du conjoint, faisant ainsi abstraction des lésions laissées par la voie d'accouchement.

4.3.4 Santé sexuelle après accouchement et voie d'accouchement

Au sein de notre échantillon, 77% des femmes avaient un score inférieur à 26,55. Ceci traduit une dysfonction sexuelle chez ces femmes dans les six premiers mois après accouchement. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés

en Iran (70%) en 2014 par Dabiri et al (45) et en Croatie (74,8%) en 2019 (46). On peut ainsi considérer que dans les six premiers mois après accouchement plus de la moitié des femmes vivent avec une dysfonction sexuelle. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'après accouchement, la nouvelle maman se focalise sur son rôle de mère. Cette dernière va involontairement se concentrer sur les besoins du nouveau-né et sera donc moins encline à la sexualité, ce qui affectera progressivement son désir pour son partenaire ou encore son excitation.

En considérant la voie d'accouchement, le score FSFI total moyen était de 17,3±10,5 chez les femmes ayant accouché par césarienne tandis qu'il était de 16,2±10,6 chez celles ayant accouché par voix basse.

Un trouble de la fonction sexuelle était retrouvé chez 73,5% des femmes ayant accouché par césarienne et chez 77,6% des femmes ayant accouché par voie basse. Après une analyse multivariée, la voie d'accouchement n'était pas reconnue comme ayant un impact significatif sur la santé sexuelle des femmes après l'accouchement. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que cette étude étant transversale, l'existence d'une dysfonction sexuelle préalablement à la grossesse n'a pas été prise en compte. Une étude réalisée aux USA en 2008 par Shifren et al (19) retrouvait une prévalence de dysfonction sexuelle chez 43,1% des femmes en âge de procréer. Certains auteurs, ont abouti au même résultat (absence d'influence) dans leur étude. C'était le cas de Muhamad et al en 2023 en Malaisie (47) ; de Rezaei en Iran en 2017 (48) et de Dahlgren et al en 2022 en Angleterre (49). A l'inverse, d'autres auteurs tels que Rogers et al en 2009 (50) et McBride et al au Canada en 2017 (51) ont trouvé que la voie d'accouchement avait un impact sur la santé sexuelle des femmes.

4.3.5 Facteurs influençant la santé sexuelle des femmes après l'accouchement

- **Niveau d'instruction de la femme et santé sexuelle après accouchement**

Les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur au primaire ont plus de chance de développer après accouchement un trouble de la fonction sexuelle que celles n'ayant pas été scolarisée. Ce résultat a été également obtenu par O'Malley et al en Angleterre en 2018 (52), qui retrouvaient que plus la femme était instruite plus elle avait de chance de développer une dysfonction sexuelle après accouchement. Ils retrouvaient que ceci était dû à une perte d'intérêt pour les activités sexuelles dans le post-partum chez les femmes ayant un niveau intellectuel élevé.

- **Résidence de la femme dans le post-partum**

Dans certaines cultures béninoises, après accouchement certaines femmes quittent le domicile conjugal pour s'installer chez leur famille ou celles de leur conjoint afin d'avoir des aides supplémentaires. Dans cette étude, les femmes ayant changé de résidence après accouchement avaient moins de chance de développer une dysfonction sexuelle que celles vivant sous le même toit que leur conjoint. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il y a une distance physique entre les deux conjoints qui empêche tout moment d'intimité même si la femme le désirait. Cette femme aura donc moins d'opportunités de savoir si elle a développé un trouble sexuel après son accouchement.

- **Fréquence des rapports sexuels avant la grossesse**

La fréquence des rapports sexuels avant la grossesse a une influence sur la santé sexuelle de la femme après son accouchement. Une femme ayant plus de quatre rapports mensuels avant la grossesse a plus de chance de développer une dysfonction sexuelle après accouchement que celle ayant aux plus quatre

rapports mensuels. Des auteurs tels que Yildiz et al, en Turquie en 2013 (53) retrouvent que la fréquence des rapports sexuels avant la grossesse influence la fonction sexuelle des femmes après leur accouchement. En effet, la fréquence des rapports sexuels diminue au cours de la grossesse pour ne retrouver le plus souvent son niveau initial que des mois après la naissance. Cette diminution, changeant les habitudes sexuelles du couple, pourrait expliquer l'apparition d'une frustration chez la femme ce qui conduit à une dysfonction sexuelle.

- **Contraception**

Dans notre étude, parmi les 887 femmes ayant repris les rapports sexuels après leur accouchement, 132 soit 14,9% des femmes avaient adopté une méthode de contraception. Après une analyse multivariée, la contraception a été retenue comme faisant partie des facteurs influençant négativement la santé sexuelle des femmes dans le post-partum. Une étude réalisée en Chine en 2019 par Zhuang (54) retrouvait que la contraception était plutôt un facteur protecteur pour la santé sexuelle des femmes après l'accouchement. Cette influence pourrait s'expliquer par le sentiment de sécurité que confère l'utilisation d'une méthode contraceptive. Le résultat contraire de notre travail pourrait s'expliquer par un biais que pourrait occasionner la faible prévalence contraceptive dans notre échantillon.

- **Informations sur la sexualité du post-partum pendant le suivi de la grossesse**

Dans notre étude 17,7% avait reconnu avoir reçu des informations sur la sexualité dans le post-partum de la part du personnel soignant au cours des CPN. Parmi elles, 35% ont déclaré avoir été moyennement satisfaites. Une étude réalisée par Collier et al (55) en France en 2013 avait permis de mettre en évidence le manque du partage d'informations aux patientes sur tout ce qui a rapport avec la santé sexuelle. Les femmes ayant reçu des informations dans

notre étude avaient moins de chance de développer une dysfonction sexuelle après l'accouchement.

Une étude réalisée à Taiwan en 2011 par Lee et al (56) retrouvait qu'une éducation sexuelle adéquate faite pendant le suivi de la grossesse permettait à la femme d'avoir et de maintenir une bonne santé sexuelle dans le post-partum.

Ceci s'explique par le fait qu'une bonne éducation sexuelle pendant le suivi prépare la femme psychologiquement aux changements après son accouchement ; lesquels changements sont mieux vécus.

- **Etat psychologique et santé de la femme**

Le score d'Edimbourg a été utilisé au cours de cette étude afin de retrouver les femmes susceptibles de faire une dépression du post-partum. Un score supérieur ou égal à dix classait la femme dans la catégorie de celles pouvant faire une dépression après leur accouchement. Parmi les femmes interviewées, 21,33% avait un score supérieur ou égal à dix et 84,7% d'entre elles avaient une dysfonction sexuelle. Dans cette étude une femme susceptible de faire une dépression du post-partum a plus de chance d'avoir une dysfonction sexuelle qu'une femme stable psychologiquement.

La survenue d'une dépression du post-partum peut s'expliquer par les modifications que connait le corps de la femme, l'existence d'une relation conflictuelle avec le conjoint ou encore l'état de santé du nouveau-né d'après Serrano et al (57). Ce mauvais état psychologique pourrait empêcher la femme de profiter des moments intimes partagés avec son conjoint.

4.4 Limites et forces de l'étude

➢ Limites et biais

- **Biais d'information**

Les informations recueillies portaient sur l'intimité des femmes et celle de leur conjoint. Ceci nous exposait à un biais de désirabilité surtout dans les cas de reprise précoce, certaines femmes rencontrées avaient du mal à répondre honnêtement aux questions.

Les informations relatives à la santé sexuelle des femmes ont été recueillies auprès des femmes par le biais d'un questionnaire validé, le FSFI. Idéalement une adaptation et une validation transculturelle de la version Fon du FSFI aurait dû être réalisée dans un premier temps pour accroitre sa validité et sa fiabilité (population d'étude majoritairement Fon). Néanmoins les 2/3 de notre population avait un niveau secondaire.

➢ Forces de l'étude

La taille de notre échantillon après calcul avec la formule de Schwartz et majoration était de 1464 femmes. Cette étude transversale sur l'impact de la voie d'accouchement sur la santé sexuelle des femmes dans le post-partum (sondage en grappe à 3 degrés) est la première au Bénin à évaluer la santé sexuelle des femmes à travers un questionnaire validé (FSFI) ainsi que l'impact des voies d'accouchement sur cette santé sexuelle.

Cette étude s'est attelée non seulement à étudier l'impact des voies d'accouchement sur la santé sexuelle mais également sur le délai de reprise des rapports sexuels après accouchement. Elle a également permis l'identification des facteurs influençants la santé sexuelle des femmes après l'accouchement par le biais d'une analyse multivariée.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Au terme de cette étude sur l'impact de la voie d'accouchement sur la santé sexuelle des femmes dans le post-partum, la moyenne d'âge des femmes enquêtées était de 27,3 ans ± 5,3 ans et celle de leurs conjoints était de 32,4 ± 06,5 ans. Le profil socio-démographique des femmes et des hommes était conforme aux données de l'EDS 2018. Les femmes avaient atteint à 63,2% au moins le niveau secondaire. Après leur accouchement, elles partageaient à 62,6% le même lit que leur conjoint.

Cette étude a révélé que 59,1% des femmes avaient repris les rapports sexuels dans les six mois suivant l'accouchement et que 14,9% avaient une méthode de contraception. Seulement 17,7% des femmes interviewées avaient reçu une information de la part du personnel soignant sur la sexualité dans le post-partum pendant le suivi de leur grossesse.

Cette étude retrouvait que les femmes développaient à plus de 70% une dysfonction sexuelle quelle que soit leur voie d'accouchement. Une dysfonction sexuelle était retrouvée chez 73,5% des femmes ayant accouché par césarienne et chez 77,6% des femmes ayant accouché par voie basse sans influence statistiquement significative d'une voie en particulier. Néanmoins le niveau d'instruction, la fréquence des rapports sexuels avant la grossesse, les informations reçues sur la sexualité durant le suivi de la grossesse, l'utilisation d'un moyen de contraception, la résidence après accouchement de la femme et son état psychologique ont été retrouvés comme étant des facteurs influençant la santé sexuelle de la femme après l'accouchement.

Ces résultats prouvent l'importance de discussion sur la santé sexuelle pendant le suivi des grossesses et au cours des soins du post-partum.

SUGGESTIONS

Les résultats auxquels nous sommes parvenus à la fin de cette enquête nous permettent de faire les suggestions suivantes :

- **À l'endroit des autorités politiques et administratives :**
  - Organiser des campagnes d'informations de la population sur la santé sexuelle et les dysfonctions sexuelles ;
  - Mettre en place des programmes de renforcement des connaissances du personnel soignant sur la santé sexuelle et la santé mentale des femmes dans le post-partum.
- **À l'endroit du personnel soignant**
  - Organiser des séances d'IEC (Information-Education-Communication) sur la santé sexuelle dans le post partum ;
  - Intégrer de façon systématique les informations sur la santé sexuelle dans le post-partum au cours des consultations prénatales et post-natales ;
  - Sensibiliser les femmes sur la contraception ;
  - Sensibiliser les conjoints des femmes pendant le suivi de la grossesse sur les difficultés auxquelles la femme peut faire face dans le post-partum ;
- **À l'endroit de la population en général et des femmes en particulier**
  - Faire part de toutes leurs préoccupations aux agents de santé ;
  - S'informer sur les méthodes de contraception et choisir la plus adaptée de façon éclairée ;
  - Déconstruire l'idée selon laquelle la femme ne devrait pas se préoccuper de sa santé sexuelle ;
  - Se soustraire aux idées préconçues sur la sexualité dans le post-partum fournies par l'entourage mal informé.

- Ne reprendre les rapports sexuels après accouchement que lorsque la femme est prête.

REFERENCES

1. Voide Crettenand G. Santé sexuelle. Dictionnaire de politique sociale suisse. 2022.

2. Banaei M, Torkzahrani S, Ozgoli G, Azad M, Mahmoudikohani F, Pormehr-Yabandeh A. Addressing the Sexual Function of Women During First Six Month After Delivery: Aquasi-Experimental Study. Mater Sociomed. 2018 Jun;30(2):136–40.

3. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle ☭ Questionnaires in sexual medicine. Prog en Urol [Internet]. 2013;23(9):811–21. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.01.006

4. Banaei M, Dashti A. Sexual Dysfunction and its Associated Factors After Delivery: Longitudinal Study in Iranian Women. Mater Socio Medica. 2018;30(2):198.

5. Maamri A, Badri T, Boujemla H, Kissi Y El. Sexuality during the postpartum period: Study of a population of tunisian women [La sexualité durant le post-partum: étude d'une population de femmes tunisiennes]. Tunisie Medicale [Internet]. 2019;97(5):704–9. Available from: https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85075080705&partnerID=40&md5=65f5cf261bc303763827fcf3890b8c13

6. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Menin MM, Djanhan Y. La sexualité du post-partum. Analyse du vécu dans le couple noir africain. J Gynecol Obstet Biol la Reprod [Internet]. 2015;44(3):280–5. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.01.001

7. Yamontche S. Etude des facteurs influençant la reprise de la sexualité après accouchement chez les femmes à Cotonou [Thèse de doctorat]. UAC; 2022.

8. Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guermazi M, Amami O. Sexualité féminine au cours de la grossesse et en post-partum: A propos de 80 femmes tunisiennes. Tunisie Medicale. 2012;90(12):873–7.

9. de Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – partie 1. J Gynecol Obstet Biol la Reprod. 2016;45(8):796–808.

10. WHO. Postnatal Care for Mothers and Newborns: Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. Postnatal Care Guidel. 2015;(April):1–8.

11. Kamina P. Anatomie gynécologique et obstétricale. 4th ed. S.A M, editor. Paris; 1984. 516 p.

12. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: Postpartum sexual function. Obstet Gynecol. 2012;119(3):647–55.

13. Basson R. The Female Sexual Response : A Different Model Th e Fem ale Sex ual Respon se : A Different Model. J Sex Marital Ther. 2000;26(1):51–65.

14. Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, Giuliano F. Anatomie et physiologie de la sexualité. Prog en Urol. 2013;23(9):547–61.

15. Noukoudodji V. Pratique et vecu de la sexualite du couple pendant la grossesse a cotonou. UAC; 2015.

16. Dubray S. Étude des sensations physiques et physiologiques associées à l’orgasme chez l'homme et la femme sans difficulté avec cette phase de leur réponse sexuelle. 2008;1:10.

17. Carmichael MS, Humbert R, Dixen J, Palmisano G, Greenleaf W,

Davidson JM. Plasma oxytocin increases in the human sexual response. J Clin Endocrinol Metab. 1987;64(1):27–31.

18. Krüger THC, Haake P, Haverkamp J, Krämer M, Exton MS, Saller B, et al. Effects of acute prolactin manipulation on sexual drive and function in males. J Endocrinol. 2003;179(3):357–65.

19. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol. 2008 Nov;112(5):970–8.

20. Desgrées-Du-Loû A, Brou H. Resumption of sexual relations following childbirth: Norms, practices and reproductive health issues in Abidjan, Côte d'Ivoire. Reprod Health Matters. 2005;13(25):155–63.

21. Hébrard L. La sexualité du couple après la naissance d ' un enfant : quel accompagnement ? To cite this version : HAL Id : dumas-02864795 Ecole des sage-femmes de Clermont-Ferrand. 2020.

22. Narboni J. Déterminants de la sexualité en post-partum, reprise des rapports sexuels et plaisir en post partum. 2019;

23. Zgliczynska M, Zasztowt-Sternicka M, Kosinska-Kaczynska K, Szymusik I, Pazdzior D, Durmaj A, et al. Impact of childbirth on women's sexuality in the first year after the delivery. J Obstet Gynaecol Res. 2021;47(3):882–92.

24. 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;184(5):881–90.

25. Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik CD, Rosen RC. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of

use? J Sex Med. 2020;17(1):17–25.

26. Cahier Des Villages Et Quartiers De Ville Du Departement De L ' Atlantique. 2016;42. https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/RGPH/1.RGPH_4/resultats%20finaux/Cahiers%20villages/Cahier%20des%20villages%20et%20quartiers%20de%20ville%20Atlantique.pdf

27. Mekonnen BD. Factors associated with early resumption of sexual intercourse among women during extended postpartum period in Northwest Ethiopia: a cross sectional study. Contracept Reprod Med. 2020;5(1):1–8.

28. Adanikin AI, Awoleke JO, Adeyiolu A, Alao O, Adanikin PO. Resumption of intercourse after childbirth in southwest Nigeria. Eur J Contracept Reprod Heal Care. 2015;20(4):241–8.

29. Développement M du plan et du, INSAE. Bénin. 2018.

30. Fenske J. African polygamy: Past and present. J Dev Econ. 2015;117:58–73.

31. Pelham BW. The husband-older age gap in marriage is associated with selective fitness. J Pers Soc Psychol. 2021 Sep;121(3):601–32.

32. Anzaku A, Mikah S. Postpartum resumption of sexual activity, sexual morbidity and use of modern contraceptives among Nigerian women in Jos. Ann Med Health Sci Res. 2014;4(2):210.

33. Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: A prospective study. Arch Gynecol Obstet. 2013;288(4):785–92.

34. Asmamaw DB, Belachew TB, Negash WD. Multilevel analysis of early

resumption of sexual intercourse among postpartum women in sub-Saharan Africa: evidence from Demographic and Health Survey Data. BMC Public Health. 2023 Apr;23(1):733.

35. Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, Houston K, Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. J Midwifery Women's Heal. 2013;58(6):654–61.

36. Lehiany A, Boutakrida H, Bibourane G, Haboul A, Chadli S. La vie sexuelle chez les femmes ayant subi une épisiotomie : étude descriptive au centre de santé urbain Jorf (région d ' Agadir , Maroc). University of Rabat; 2022.

37. Kahramanoglu I, Baktiroglu M, Hamzaoglu K, Kahramanoglu O, Verit FF, Yucel O. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. Arch Gynecol Obstet. 2017;295(4):907–16.

38. Matijasevich A, Diniz G, De D, Paulo UDS, Paulo S, De D. 1 La relation entre le mode d'accouchement et les résultats en matière de santé sexuelle après l'accouchement. 2015;

39. Alum AC, Kizza IB, Osingada CP, Katende G, Kaye DK. Factors associated with early resumption of sexual intercourse among postnatal women in Uganda. Reprod Health. 2015;12(1):1–8.

40. Jambola ET, Gelagay AA, Belew AK, Abajobir AA. Early resumption of sexual intercourse and its associated factors among postpartum women in western ethiopia: A cross-sectional study. Int J Womens Health. 2020;12:381–91.

41. 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.

42. Nikolaidou E, Antoniou E, Sarella A, Iliadou M, Orovou E, Dagla M. The Effect of Type of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: A Systematic Review. Healthc (Basel, Switzerland). 2022 Jun;10(7): 10-17.

43. Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. RETRACTED: The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. J Sex Med. 2009 Jun;6(6):1645–67.

44. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: A prospective cohort study. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2015;122(5):672–9.

45. 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;29(4):276–9.

46. Soljačić Vraneš H, Djaković I, Vraneš H, Vrljičak M, Kraljević Z. Changes in Sex Life after Childbirth. Psychiatr Danub. 2019;31(1):847–50.

47. Ng YY, Muhamad R, Ahmad I. Sexual dysfunction among six months postpartum women in north-eastern Malaysia. PLoS One. 2023;18(4):e0284014.

48. Rezaei N, Azadi A, Sayehmiri K, Valizadeh R. Postpartum sexual functioning and its predicting factors among Iranian women. Malaysian J Med Sci. 2017;24(1):94–103.

49. Dahlgren H, Jansson MH, Franzén K, Hiyoshi A, Nilsson K. Sexual function in primiparous women: a prospective study. Int Urogynecol J. 2022 Jun;33(6):1567–82.

50. Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? J Midwifery Womens Health. 2009;54(2):98–103.

51. McBride HL, Kwee JL. Sex After Baby: Women's Sexual Function in the Postpartum Period. Curr Sex Heal Reports. 2017;9(3):142–9.

52. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). BMC Pregnancy Childbirth. 2018 May;18(1):196.

53. Yildiz 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.

54. Zhuang C, Li T, Li L. Resumption of sexual intercourse post partum and the utilisation of contraceptive methods in China: a cross-sectional study. BMJ Open. 2019 Mar;9(3):e026132.

55. Collier F, Cour F. [How to manage a woman with a sexual complaint in clinical practice?]. Prog en Urol J l'Association Fr d'urologie la Soc Fr d'urologie. 2013 Jul;23(9):612–20.

56. Lee JT, Tsai JL. Transtheoretical Model-based Postpartum Sexual Health Education Program Improves Women's Sexual Behaviors and Sexual Health. J Sex Med. 2012;9(4):986–96.

57. Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, Bárcenas Taland I, Chiclana Actis C. Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. Sex Med Rev. 2020;8(1):38–47.

ANNEXES

FICHE DE COLLECTE

N°	QUESTIONS	REPONSES
Données socio-démographiques de la femme		
1	Age (années)	
2	Religion	/__/ Chrétienne /__/ Musulmane /__/ Endogène /__/ Athée /__/Autres (préciser)
3	Ethnie	/__/ Fon /__/ Goun /__/ Minan /__/ Bariba /__/ Dendi /__/Yorouba /__/ Nago /__/ Autres (précisez)
4	Résidence	/__/ Urbaine /__/ Rurale
5	Profession/ Occupation	/__/Fonctionnaire /__/Ménagère /__/Commerçante/ Revendeuse /__/ Artisan /Ouvrière /__/Elève/Etudiante /___/Autres (préciser)
6	Niveau d'instruction	/__/ Non scolarisée /__/ Primaire /__/Secondaire /__/ Supérieur
Données sociodémographiques du conjoint		
7	Age	
8	Profession	/__/Fonctionnaire /__/Ménagère /__/Commerçante/ Revendeuse /__/ Artisan /Ouvrière /__/Elève/Etudiante /___/Autres (préciser)
9	Niveau d'instruction	/__/ Non scolarisée /__/ Primaire /__/Secondaire /__/ Supérieur
Vie conjugale		

10	Situation matrimoniale	/__/Mariée /__/ En concubinage
11	Régime matrimoniale	/__/Monogame /__/Polygame
12	Durée de l'union en années	
13	Lieu du sommeil dans le post-partum	/__/ Même lit que le conjoint /__/ Lit séparé /__/ Changement de résidence de la femme
Antécédents obstétricaux		
14	Gestité (Nombre de fois vous êtes tombée enceinte)	Inscrire le nombre :
15	Parité (Nombre d'accouchement)	Inscrire le nombre :
16	Nombre d'enfants vivants (idem)	
Caractéristiques de la dernière grossesse		
17	Grossesse suivie	/__/Oui /__/Non
18	Qualification du prestataire	/__/Sage-femme /__/Médecin généraliste /__/Gynécologue-obstétricien /__/Autres
19	Fréquence mensuelle de rapports sexuels avant la grossesse	/__/ < 4 /__/ 4-8 /__/ >8
20	Fréquence mensuelle de rapports sexuels pendant la grossesse	/__/ < 4 /__/ 4-8 /__/ >8
21	Avez-vous reçu des informations sur la sexualité dans le post-partum durant le suivi ?	/__/Oui /__/Non
22	Complications de la grossesse	/__/HTA /__/Diabète /__/MAP /__/Placenta prævia /__/RCIU /__/Macrosomie /__/ Autres Si autres préciser ….
Données relatives à l'accouchement		
23	Terme à l'accouchement	
24	Voie d'accouchement	/__/Voix basse naturelle

		/__/Voie basse instrumentale /__/Césarienne Si césarienne préciser l'indication
25	Episiotomie	/__/ Oui /__/Non
26	Complications de l'accouchement	/__/Oui /__/Non
27	Si complications	/__/ Déchirures périnéales /__/Hémorragiques /__/Infectieuses /__/Thromboemboliques /__/Autres : préciser
28	Durée du séjour à l'hôpital (en jours)	
29	Sur une échelle de 0 à 10 combien vous donnez à votre accouchement	/10
Données relatives au nouveau-né		
30	Etat du nouveau-né	/__/Vivant /__/Décédé
31	Séjour en néonatologie	/__/Oui, /__/Non
32	Si oui, durée du séjour (en jours)	
33	Où dors l'enfant ?	/__/ Même lit /__/ Berceau
Données du post-partum		
34	Délai entre l'accouchement et le jour de l'entretien (en semaines)	
35	Mode d'allaitement	/__/ maternel exclusif /__/ mixte /__/ artificiel
36	Contraception dans le post-partum	/__/Oui /__/Non
37	Si oui, quel type ?	/__/ Hormonale /__/ DIU /__/ Préservatif /__/ Spermicides /__/ Chirurgicale /__/ autres (préciser) …
38	Contraception avant la reprise des rapports	/__/Oui /__/Non
39	Avez-vous reçu des informations sur la sexualité dans le post-partum ?	/__/Oui /__/Non
40	Si oui, où les avez-vous reçues ?	/__/CPN

		/__/CPON /__/Médias /__/Proche
41	Degré de satisfaction sur les informations reçues	/__/Très satisfaite /__/Moyennement satisfaite /__/Ni satisfaite, ni insatisfaite /__/Moyennement insatisfaite /__/Très insatisfaite
42	Informations de votre culture ou famille sur la sexualité dans le post-partum	/__/ Oui /__/ Non
43	Si oui, quelles sont les informations reçues ?	
44	Reprise des rapports sexuels	/__/Oui /__/Non
45	Délai de reprise des rapports sexuels	(Semaine du post-partum)
46	Reprise des rapports sexuels sur initiative de qui ?	/__/ Patiente /__/Partenaire /__/ Les deux partenaires
47	Etiez-vous consentantes ?	/__/Oui /__/Non
48	Motif de la reprise des rapports sexuels	/__/Plaisir personnel /__/Pour satisfaire mon partenaire /__/Pour éviter l'infidélité de mon partenaire /__/Pour maintenir l'harmonie du couple Autres :
49	Pratiques sexuelles dans le post-partum	/__/ Coït vaginal /__/Coït anal /__/ Masturbation /__/ Attouchements sans pénétration /__/ Sexe oral
50	Des nouvelles pratiques sexuelles ont-elles été initiées dans le post-partum	/__/ Oui /__/Non Si oui, lesquelles……
51	Fréquence de rapports sexuels après accouchement	/__/ moins de4 /__/ 4 à 8 /__/ sup8
52	Rapports sexuels	Augmentées Non modifiées Diminuées

53	Etes-vous victimes de violences conjugales ?	/__/ Oui /__/ Non
54	Si oui, lesquelles ?	/__/ Verbales /__/ Physiques /__/ Sexuelles

➢ FSFI

Domaine	Questions		Choix possible	Choix	Coef	Total
Désir	Q1	Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?	5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais		0,6	
	Q2	Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?	5 = Très élevé 4 = Élevé 3 = Moyen 2 = Faible 1 = Très faible ou inexistant			
Excitation	Q3	Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais		0,3	
	Q4	Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Très élevé 4 = Élevé 3 = Moyen 2 = Faible 1 = Très faible ou inexistant			

	Q5	Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Extrêmement sûre 4 = Très sûre 3 = Moyennement sûre 2 = Peu sûre 1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout			
	Q6	Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais			
Lubrification	Q7	Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais 0 = Aucune activité sexuelle		0,3	
	Q8	Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 1 = Extrêmement difficile ou impossible 2 = Très difficile 3 = Difficile 4 = Légèrement difficile 5 = Pas difficile			
	Q9	Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin	5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)			

		d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?	3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais 0 = Aucune activité sexuelle			
	Q10	Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 1 = Extrêmement difficile ou impossible 2 = Très difficile 3 = Difficile 4 = Légèrement difficile 5 = Pas difficile			
Orgasme	Q11	Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?	5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais 0 = Aucune activité sexuelle		0,4	
	Q12	Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?	0 = Aucune activité sexuelle 1 = Extrêmement difficile ou impossible 2 = Très difficile 3 = Difficile 4 = Légèrement difficile 5 = Pas difficile			
	Q13	Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite			

			1 = Très insatisfaite 0 = Aucune activité sexuelle			
Satisfaction	Q14	Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?	5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite 1 = Très insatisfaite 0 = Aucune activité sexuelle		0,4	
	Q15	Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?	5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite 1 = Très insatisfaite			
	Q16	Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?	5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite 1 = Très insatisfaite			
Douleur	Q17	Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?	0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1 = Presque toujours ou toujours 2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 4 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 5 = Presque jamais ou jamais		0,4	
	Q18	Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?	0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1 = Presque toujours ou toujours 2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)			

			3 = Parfois (environ une fois sur deux) 4 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 5 = Presque jamais ou jamais			
	Q19	Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?	0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1 = Très élevé 2 = Élevé 3 = Moyen 4 = Faible 5 = Très faible ou inexistant			
TOTAL						/36

➢ ECHELLE D'EDIMBOURG

Questions		Choix possible	Choix
Q1	J'ai pu rire et prendre les choses du bon coté	0 : Aussi souvent que d'habitude 1 : Pas tout à fait autant 2 : Vraiment beaucoup moins ces jours-ci 3 : Absolument pas	
Q2	Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir	0 : Autant que d'habitude 1 : Plutôt moins que d'habitude 2 : Vraiment moins que d'habitude 3 : Pratiquement pas	
Q3	Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal	3 : Oui, la plupart du temps 2 : Oui, parfois 1 : Pas très souvent 0 : Non jamais	
Q4	Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs	0 : Non, pas du tout 1 : Presque jamais 2 : Oui, parfois 3 : Oui, très souvent	
Q5	Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons	3 : Oui, vraiment souvent 2 : Oui, parfois 1 : Non, pas très souvent 0 : Non, pas du tout	
Q6	J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements	3 : Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations 2 : Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude 1 : Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations 0 : Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude	
Q7	Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil	3 : Oui, la plupart du temps 2 : Oui, parfois 1 : Pas très souvent 0 : Non, pas du tout	

Q8	Je me suis sentie triste ou peu heureuse	3 : Oui, la plupart du temps 2 : Oui, très souvent 1 : Pas très souvent 0 : Non, pas du tout	
Q9	Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré	3 : Oui, la plupart du temps 2 : Oui, très souvent 1 : Seulement de temps en temps 0 : Non, jamais	
Q10	Il m'est arrivé de penser à me faire du mal	3 : Oui, très souvent 2 : Parfois 1 : Presque jamais 1 : Jamais	
TOTAL			/30

- **QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DU VECU DE L'ACCOUCHEMENT**

Domaine	Questions	Choix possible	Choix
Concernant l'accouchement	Je me sentais inquiète	4 : Tout à fait 3 : En partie 2 : Pas tellement 1 : Pas du tout	
	Je me sentais en sécurité	1 : Tout à fait 2 : En partie 3 : Pas tellement 4 : Pas du tout	
	J'ai ressenti des sensations bizarres	4 : Tout à fait 3 : En partie 2 : Pas tellement 1 : Pas du tout	
	Je me sentais confiante	1 : Tout à fait 2 : En partie 3 : Pas tellement 4 : Pas du tout	
	L'idée d'accoucher une nouvelle fois m'effraie	4 : Tout à fait 3 : En partie 2 : Pas tellement 1 : Pas du tout	
Concernant la relation avec les professionnels	L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante	4 : Tout à fait 3 : En partie 2 : Pas tellement 1 : Pas du tout	
	Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnels qui s'occupaient de moi	1 : Tout à fait 2 : En partie 3 : Pas tellement 4 : Pas du tout	
	Les professionnels me tenaient informés de ce qui se passait	1 : Tout à fait 2 : En partie 3 : Pas tellement 4 : Pas du tout	

	Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant	1 : Tout à fait 2 : En partie 3 : Pas tellement 4 : Pas du tout	
	Je suis satisfaite de la manière dont les évènements se sont déroulés	1 : Tout à fait 2 : En partie 3 : Pas tellement 4 : Pas du tout	
Concernant votre bébé, juste après l'accouchement	J'ai pu découvrir visuellement mon bébé de manière satisfaisante	1 : Tout à fait 2 : En partie 3 : Pas tellement 4 : Pas du tout	
	J'ai eu mon bébé contre moi pour la première fois au moment où j'en ai eu envie	1 : Tout à fait 2 : En partie 3 : Pas tellement 4 : Pas du tout	
	Les premiers instants avec mon bébé correspondaient à ce que j'avais imaginé avant d'accoucher	1 : Tout à fait 2 : En partie 3 : Pas tellement 4 : Pas du tout	
Aujourd'hui, concernant vos émotions	J'ai compris tout ce qui s'est passé lors de mon accouchement	1 : Tout à fait 2 : En partie 3 : Pas tellement 4 : Pas du tout	
	Je suis fière de moi	1 : Tout à fait 2 : En partie 3 : Pas tellement 4 : Pas du tout	
	J'ai des regrets	4 : Tout à fait 3 : En partie 2 : Pas tellement 1 : Pas du tout	
	J'ai un sentiment d'échec	4 : Tout à fait 3 : En partie 2 : Pas tellement 1 : Pas du tout	
TOTAL			/68

Certificat d'analyse

Date d'émission: 21/11/2023
Compte évaluateur: IMOROU Baké Ganni ObéÏdath

AUTEUR DU DOCUMENT : IMOROU Baké Ganni ObéÏdath
TITRE DU DOCUMENT : Impact de la voie d'accouchement sur la santé sexuelle des femmes après accouchement: étude en population générale dan la commune d'Abomey-Calavi en 2023

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	25237	101	8.97%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

6a1d397f8f824fd2682d55caa8f67f627e57

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

TABLE DES MATIERES

.....i
LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT.....i
DEDICACES.....vii
REMERCIEMENTS.....xii
HOMMAGES.....xv
SOMMAIRE.....xvii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....xix
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....xxi
INTRODUCTION.....1
1. GENERALITES.....6
1.1 Définition des concepts.....7
1.2 Rappels.....8
1.2.1 Rappels anatomiques.....8
1.2.2 Rappels physiologiques.....27
1.3 Sexualité après accouchement.....32
1.3.1 Délai de reprise.....32
1.3.2 Facteurs influençants la reprise de la sexualité.....32
1.3.3 Evolution de la sexualité dans le post partum.....33
1.4 Evaluation par le Female Sexual Function Index.....34
2. CADRE ET METHODE D'ETUDE.....36
2.1 Cadre d'étude.....37
2.1.1 Présentation du Bénin.....37
2.1.2 Présentation de la commune d'Abomey-Calavi.....37
2.2 Méthode d'étude.....40
2.2.1 Type et période d'étude.....40
2.2.2 Population d'étude.....40
2.2.3 Critères d'inclusion.....40
2.2.4 Critères d'exclusion.....40
2.2.5 Echantillonnage.....40
2.2.6 Collecte de données.....43
2.2.7 Définition des variables.....43

2.2.8 Traitement et analyse des données 45
2.2.9 Aspects éthiques 46
2.2.10 Difficultés rencontrées 46
3. RESULTATS 48
3.1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes et de leurs conjoints 49
3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes 49
3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques des conjoints 52
3.1.3 Vie conjugale 54
3.2 Données relatives aux antécédents, au suivi de la dernière grossesse et à l'accouchement 56
3.2.1 Antécédents obstétricaux 56
3.2.2 Suivi de la dernière grossesse 57
3.2.3 Evolution de la fréquence des rapports avant et pendant la grossesse 58
3.2.4 Pathologies au cours de la grossesse 58
3.2.5 L'accouchement 59
3.2.6 Données relatives au nouveau-né : Etat de santé, séjour en néonatologie, lieu de sommeil et allaitement 61
3.3 Données relatives à la sexualité après l'accouchement 61
3.3.1 Délai de reprise des rapports sexuels 61
3.3.2 Données relatives aux conditions de reprise des rapports sexuels : initiateur de la reprise, motifs de reprise, contraception 62
3.3.3 Données relatives aux pratiques sexuelles après l'accouchement 64
3.3.4 Education à la sexualité après accouchement 65
3.4 Partie analytique 66
3.4.1 Reprise des rapports sexuels et voie d'accouchement 66
3.4.2 Délai de reprise et voie d'accouchement 67
3.4.3 Santé sexuelle des femmes après accouchement 67
4. DISCUSSION 82
4.1 Atteinte des objectifs 83

4.2 Validité des résultats 84
4.3 Etude des résultats obtenus avec les données de la littérature 85
4.3.1 Caractéristiques socio-démographiques 85
4.3.2 Voie d'accouchement 86
4.3.3 La reprise des rapports sexuels dans le post-partum 86
4.3.4 Santé sexuelle après accouchement et voie d'accouchement 88
4.3.5 Facteurs influençant la santé sexuelle des femmes après l'accouchement 90
4.4 Limites et forces de l'étude 93
CONCLUSION ET SUGGESTIONS 94
REFERENCES ..... A
ANNEXES I
TABLE DES MATIERES V

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple Béninois,

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères,

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission,

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : La grossesse et l'accouchement entrainent d'importantes modifications hormonales, morphologiques et psychologiques responsables de changements de la santé sexuelle de la femme. Malgré l'importance de la santé sexuelle dans le quotidien de chaque personne, les questions qui sont liées à la santé sexuelle après l'accouchement sont très peu abordées au cours du suivi des grossesses et même en période post-natale par le personnel soignant. Ces modifications sont influencées par plusieurs facteurs. Les avis des auteurs restent divergents sur l'impact de la voie d'accouchement sur la santé sexuelle dans le post-partum. C'est ce qui a motivé la réalisation de la présente étude qui avait pour objectif d'étudier la santé sexuelle des femmes de la commune d'Abomey-Calavi après l'accouchement

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique dont la collecte de données s'est déroulée du 10/07/2023 au 10/08/2023 dans la commune d'Abomey-Calavi. La population d'étude était constituée des femmes en âge de procréer d'Abomey-Calavi. Un échantillonnage en grappe à trois (3) degrés a été réalisé. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire digitalisé. L'impact de la voie d'accouchement sur la santé sexuelle après l'accouchement a été analysé grâce à un modèle de régression logistique binaire avec prise en compte des facteurs de confusion éventuels. Le seuil de signification statistique était une p-value de 5%.

Résultats : Cette étude a inclus 1500 femmes entre 6 semaines et 6 mois après leur accouchement par césarienne pour 15,3% et par voie basse pour 84,7%. L'âge moyen des femmes était de 27,3 ans ± 5,3 ans. Elles avaient bien suivi leur grossesse à 92,3% mais seulement 17,7% avaient reçu des informations de la part du personnel soignant sur la sexualité dans le post-partum. Cependant 59,1% d'entre elles avaient repris les rapports sexuels au cours de l'étude. Le délai moyen de reprise était de 11,4±5,9 semaines. Il n'y avait pas de différence significative de délai entre les femmes ayant eu une césarienne et celles ayant accouché par voie basse. L'existence de trouble de la fonction sexuelle a été retrouvée grâce au Female Sexual Function Index chez plus de 70% d'entre elles quelle que soit leur voie d'accouchement. Nous n'avons pas retrouvé un impact de voie d'accouchement sur la santé sexuelle des femmes. Les facteurs qui y étaient associés étaient le niveau d'instruction de la femme, les informations reçues sur la sexualité dans le post-partum pendant le suivi, la fréquence des rapports sexuels avant accouchement, le lieu de résidence après accouchement, l'état psychologique et l'utilisation d'un moyen de contraception.

Conclusion : L'accouchement provoque chez la majorité des femmes un trouble de la fonction sexuelle qui n'est rattaché à aucune voie d'accouchement en particulier. Les femmes de la commune d'Abomey-Calavi étaient très peu informées par le personnel soignant sur les modifications de la santé sexuelle après l'accouchement, pourtant ces informations constituent un facteur influençant la santé sexuelle après l'accouchement. Il urge de sensibiliser les professionnels de la santé sur l'importance des séances d'information sur la santé sexuelle, la santé mentale et la contraception pendant le suivi des femmes.

Mots clés : Santé sexuelle, voie d'accouchement, Bénin.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and childbirth bring about major hormonal, morphological and psychological changes that affect a woman's sexual health. Despite the importance of sexual health in everyone's daily life, questions relating to sexual health in the post-partum period are rarely addressed by healthcare staff during pregnancy follow-up or even post-natally. These changes are influenced by several factors. Authors' opinions remain divergent on the impact of the delivery route on sexual health in the post-partum period. This led to the present study, the aim of which was to investigate the sexual health of women in the Abomey-Calavi commune after childbirth.

Method: This was a descriptive and analytical cross-sectional study whose data collection took place from 10/07/2023 to 10/08/2023 in the commune of Abomey-Calavi. The study population consisted of women of childbearing age in Abomey-Calavi. 3-stage cluster sampling was used. Data were collected using a digitalised questionnaire. The impact of the mode of delivery on sexual health after childbirth was analysed using a binary logistic regression model, taking into account any confounding factors. The threshold for statistical significance was a p-value of 5%.

Results: This study included 1500 women between 6 weeks and 6 months after delivery, 15.3% by caesarean section and 84.7% by vaginal delivery. The mean age of the women was 27.3 ± 5.3 years. 92.3% of the women had followed their pregnancy correctly, but only 17.7% had received information from the nursing staff about sexuality in the post-partum period. However, 59.1% had resumed sexual intercourse during the study. The average time to resumption was 11.4±5.9 weeks. There was no significant difference between women who had a caesarean section and those who had a vaginal delivery. The Female Sexual Function Index was used to determine the existence of sexual function problems in more than 70% of women, irrespective of their mode of delivery. We did not find any impact of mode of delivery on women's sexual health. The associated factors were the woman's level of education, the information received on sexuality in the post-partum period during follow-up, the frequency of sexual intercourse before delivery, place of residence after delivery, psychological state and use of contraception.

Conclusion: For the majority of women, childbirth causes sexual dysfunction that is not associated with any particular mode of delivery. Women in the commune of Abomey-Calavi were given very little information by healthcare staff about changes in sexual health after childbirth, yet this information is a factor influencing sexual health after childbirth. Health professionals need to be made aware of the importance of information sessions on sexual health, mental health and contraception during the follow-up of women.

Key words: Sexual health, childbirth, Benin.