

**VAINCRE LE TABOU DE LA SEXUALITÉ
EN PÉRINATALITÉ :
UN DÉFI POUR LES SAGES-FEMMES**

*Mémoire de fin d'études
Bachelor Thesis Sage-Femme*

Fabienne FARINE

N° de matricule fédéral : 11-422-839

Fanny LALANNE-MAGNÉ

N° de matricule fédéral : 10-342-889

Directrice de Mémoire : Caroline CHAUTEMS

Experte de terrain : Sabrina GALLEY

Experte enseignante : Maud ELMALEH

Genève, août 2016

Déclaration

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor. Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

12 août 2016

Farine Fabienne et Lalanne-Magné Fanny

Remerciements

Nous tenions à exprimer notre reconnaissance envers toutes les personnes qui nous ont soutenues durant la rédaction de ce travail et tout au long de nos études :

Un grand merci...

À Caroline Chautems, notre directrice de mémoire, qui nous a accompagnées, aidées et aiguillées tout au long de ce travail. Nous la remercions pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

À Barbara Kaiser, pour ses conseils et son soutien dans nos périodes de doutes.

À Sabrina Galley, Emanuella Gerhard et Sandrine Roueche pour leur disponibilité et leurs conseils qui ont contribué à alimenter notre réflexion.

Au Professeur Francesco Bianchi-Demicheli pour le partage de son expérience.

À nos familles, à nos amis et à Eva, pour leur écoute et leurs encouragements sans faille, dans les bons comme dans les mauvais moments.

Enfin, nous remercions nos collègues de volée pour leur partage et leur enthousiasme, et tout particulièrement Camille, Jade, Juliana, Justine et Sarah sans qui ces trois années d'études n'auraient pas été les mêmes.

Résumé

Introduction : La conception d'un enfant perturbe l'équilibre des couples et par conséquent leur intimité sexuelle. Bien que reconnue comme composante de la santé chez l'être humain, la santé sexuelle reste encore peu abordée à la maternité.

Objectif : L'objectif de ce travail est de mieux comprendre les comportements sexuels des couples en périnatalité et de réfléchir au rôle des sages-femmes dans l'accompagnement des couples en santé sexuelle.

Méthode : Une revue de la littérature sur le sujet a été effectuée sur plusieurs bases de données (pubmed, Google scholar et RERO) et cinq articles ont été sélectionnés et analysés. Les études retenues ont été réalisées aux États-Unis, en Iran et en Pologne sur une période allant 2008 à 2015.

Résultats : La grossesse influence la sexualité avec une diminution de la fonction sexuelle. Le mode d'accouchement et les traumatismes physiques qu'il entraîne impactent la vie sexuelle des couples au post-partum. Les aspects psychiques et relationnels sont eux aussi des facteurs influents de la sexualité des couples. Une éducation sexuelle prénatale améliore la fonction sexuelle des couples en périnatalité, le rôle des sages-femmes dans la promotion de la santé sexuelle prend alors tout son sens.

Conclusion : La sexualité englobe des aspects physiques, psychiques, relationnels et culturels. Les couples en attente d'un enfant doivent être informés des changements auxquels ils peuvent être confrontés. La prise en soin à la maternité doit être adaptée afin de créer un espace de parole dédié à la sexualité ouvert à tous permettant ainsi un accompagnement global des couples.

Mots-clés : Sexualité, périnatalité, sages-femmes, rapport sexuel, coït, grossesse, post-partum, éducation sexuelle, santé sexuelle, partenaire, mode d'accouchement.

Abréviations

A

AVB : Accouchement par voie basse

D

DE : Dysfonction érectile

F

FC : Fausse couche

FS : Fonction sexuelle

FSFI : The Female Sexual Function Index

H

HEdS : Haute Ecole de Santé

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

I

IMC : Indice de la Masse Corporelle

M

MF : Mouvements fœtaux

MAP : Menace d'accouchement prématuré

O

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P

PP : Post-partum

R

RPM : Rupture prématurée des membranes

RS : Rapport(s) sexuel(s)

Table des matières

1	Questionnement professionnel	10
1.1	La sexualité en périnatalité	11
1.2	La sexualité, encore et toujours un tabou	12
1.3	Questionnements professionnel	14
2	Cadre de référence théorique	15
2.1	L'histoire de la sexologie	16
2.1.1	Bref historique	16
2.1.2	La sexologie d'aujourd'hui	16
2.1.3	L'éthique sexuelle	17
2.2	La sexualité dans un contexte occidental	17
2.2.1	Représentations, expériences et enjeux	18
2.2.2	Couple et vie sexuelle	19
2.2.3	Comportements sexuels actuels	19
2.2.4	De l'intimité au tabou	20
2.3	Le concept de santé sexuelle	22
2.3.1	Origine et définition	22
2.3.2	Éducation, conseil et thérapie : trois niveaux d'intervention	23
2.3.3	Étude de la fonction sexuelle et dépistage des troubles sexuels	24
2.4	La santé sexuelle en périnatalité	24
2.4.1	Grossesse et vie sexuelle	24
2.4.2	Quelle vie sexuelle après l'accouchement ?	26
2.5	Les soignants en périnatalité et la santé sexuelle	28
2.5.1	Soins dans l'intimité	28
2.5.2	Les représentations des soignants	29
2.5.3	Rôle des soignants	29
2.6	Problématique	30
3	Méthodologie de recherche	32
3.1	Utilisation des base de données	33

3.2	Choix des mots clés	33
3.3	Investigations et recherches d'études scientifiques	35
3.4	Sélection des articles	37
3.4.1	Période prénatale	37
3.4.2	Influence de l'accouchement	37
3.4.3	Le post-partum	38
3.5	Constatations : forces, contraintes et limites.....	38
3.6	Thésaurisation des références bibliographiques.....	39
3.7	Dimension éthique	39
4	Analyse de revue de la littérature	40
4.1	Description de la revue de la littérature.....	41
4.1.1	Changes in the Sexual Function During Pregnancy.....	41
4.1.2	The Effect of Sex Education on the Sexual Function of Women in the First Half of Pregnancy : A Randomized Controlled Trial.....	43
4.1.3	Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image : A Prospective Study.....	45
4.1.4	The Effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual Satisfaction in Primiparous Women and Their Husbands	47
4.1.5	Exploring Women's Postpartum Sexuality : Social, Psychological, Relational, and Birth – Related Contextual Factors	50
4.2	Analyse critique de la revue de la littérature	52
4.2.1	Étude de la FS en périnatalité	52
4.2.2	Comportements sexuels des couples en périnatalité	53
4.2.3	Le désir sexuel en périnatalité : ses fluctuations et ses facteurs d'influence	54
4.2.4	L'impact de l'accouchement sur la vie sexuelle.....	55
4.2.5	Image corporelle	56
4.2.6	La place du partenaire en sexualité périnatale.....	57
4.2.7	Place et rôle des soignants en santé sexuelle périnatale.....	58

5	Discussion et retour dans la pratique	59
5.1	Synthèse des résultats sous forme de thématique	60
5.1.1	Les sages-femmes et l'information sexuelle	60
5.1.2	L'intimité des couples le temps de la grossesse	60
5.1.3	L'expérience de l'accouchement et son impact sur la sexualité	61
5.1.4	Quelle vie sexuelle pour les jeunes parents ?	62
5.1.5	Les limites de notre revue de la littérature	63
5.2	Autres apports théoriques	63
5.2.1	Craintes pendant la grossesse liées à la sexualité	63
5.2.2	Quelles contre-indications aux RS pendant la grossesse ?	64
5.2.3	La rééducation périnéale au PP : une prévention des troubles sexuels	64
5.3	Un retour dans la pratique	65
5.3.1	Les connaissances des sages-femmes : aborder la sexualité et l'assumer	65
5.3.2	Offrir à tous les couples la possibilité de s'exprimer librement	66
5.3.3	La santé sexuelle des couples : prise en soin des partenaires	67
5.3.4	Promotion et prévention de la santé sexuelle périnatale	68
5.3.5	Nouvelles perspectives	69
5.4	Les forces et faiblesses de notre travail	70
5.4.1	Les forces	70
5.4.2	Les faiblesses	70
5.5	Quelques inspirations tardives	72
6	Conclusion	73
7	Bibliographie	76
8	Annexe	84
8.1	The Female Sexual Function Index (FSFI)	85

«Que nous était-il nous arrivé ? Allions-nous retrouver notre vie d'antan? Nos étreintes, nos caresses, nos mots d'amour... Ma vision du sexe après la grossesse était si différente. Cela ne me dérangeait plus de me montrer au gynécologue. Avant j'étais gênée, désormais c'était comme une main ou un pied, c'était désacralisé, cela avait été tellement touché et d'une façon si organique que cela n'avait plus de sens. Le sexe était dehors, utilitaire. La sexualité n'existait plus.»

(Abecassis, 2007, p.156)

1 Questionnement professionnel

La grossesse, l'accouchement et l'arrivée de l'enfant chamboulent l'intimité des couples¹. La périnatalité, avec les changements psychiques et physiques qu'elle entraîne, révolutionne et parfois même bouleverse la vie sexuelle des futurs parents (Gerhard, 2009, p.31 ; Van der Schueren, 2004, p.27). Ces changements peuvent interroger et inquiéter les couples. Dans le livre «Un heureux évènement», le devenir mère est décrit comme une véritable révolution autant corporelle que identitaire (Abecassis, 2007). L'auteur soulève aussi le tabou que représente aujourd'hui la maternité et dénonce le manque d'information face à ce choc émotionnel. Jeunes adultes, futurs parents et parfois même parents aguerris, beaucoup s'inquiètent de l'impact d'une grossesse et de l'accouchement sur leur vie sexuelle. Pourquoi? Car la sexualité fait partie de notre quotidien et ses perturbateurs, quels qu'ils soient, intriguent et préoccupent. Selon Walliser (2015), sage-femme sexologue, «Notre vie est de toute manière inséparable de la sexualité : c'est elle qui est à l'origine de la vie, et pour de nombreuses personnes, elle est omniprésente» (p.4). Dernièrement, les films abordant la vie de couple en période périnatale s'enchaînent et la vie sexuelle des futurs parents commence à se dévoiler. Dans le film «Joséphine s'arrondit» (2016), on comprend que ce chambardement qu'engendre la conception d'un enfant retentit sur l'intimité sexuelle de la femme et de son partenaire. La sexualité est reconnue comme une composante essentielle voire fondamentale du développement et de l'épanouissement personnel de l'être humain (Weigand, 2013, p.4). L'activité sexuelle a effectivement de nombreux effets bénéfiques sur la santé comme une diminution de la dépression, une réduction du stress et une diminution du risque de cancer (Brody, 2010).

1.1 La sexualité en périnatalité

La naissance du concept de santé sexuelle² donne lieu à une «médicalisation» de la sexualité et à l'instauration de différents niveaux d'intervention distribués selon les compétences des différentes professions

¹ Avec «couples» nous entendons les binômes homme-femme.

² Définie dans Origine et définition (p.22)

soignantes (Giarni, 2007, p.57). Les gynécologues, les obstétriciens et les sages-femmes³ sont les soignants de la sphère privée et intime des couples. Ils peuvent les guider, les conseiller et les aider, leur permettant ainsi de mieux vivre cette étape de vie. Promouvoir la santé est un des rôles propres des sages-femmes (Van der Schueren, 2004, p.28). Elles agissent en prévention et en promotion de la santé des femmes, des couples et des familles. Selon Gerhard (2009), «L'implication des sages-femmes auprès des couples de jeunes parents s'avère bénéfique en matière de sexualité» (p.32). Elle soulève l'importance d'inviter les couples à parler de leur intimité sexuelle. Cette discussion est essentielle pour les accompagner au mieux dans cette nouvelle étape de vie. Échanger à propos de leur sexualité permet aux couples de comprendre ses fluctuations et de réaliser que leur cas n'est pas isolé. En effet, la diminution du désir sexuel, fréquente en période périnatale, est un sujet difficile à aborder autant pour les hommes que pour les femmes. Cette diminution peut être traduite à tort comme un manque d'amour (Gerhard, 2009, p.32). Un temps de parole réservé à la sexualité permet alors de rassurer et d'informer les couples et parfois même de dépister certains troubles sexuels pour ensuite pouvoir orienter les couples vers une prise en soin spécialisée (Van der Schueren, 2004, p.28). On comprend alors toute l'implication que peuvent avoir les sages-femmes dans la promotion de la santé sexuelle.

1.2 La sexualité, encore et toujours un tabou

Malgré sa place considérable dans les relations humaines et son caractère positif en santé, la sexualité reste en effet un sujet complexe et encore méconnu (Weigand, 2013, p.34). Même si 86% des français jugent la vie sexuelle comme indispensable à la réussite de leur vie de couple (BVA, 2000, p.12), parler de sexualité reste difficile aussi bien dans les couples, qu'entre amis ou même avec les soignants. Comme l'explique Weigand (2013), la sexualité évoque encore beaucoup de mystères ou fausses croyances et est de plus en plus marquée par l'importance d'un certain devoir de performance

³Au cours de notre travail par «obstétriciens» nous entendons «obstétricien(ne)s» et par «sages-femmes» nous sous-entendons l'inclusion des hommes sages-femmes.

(p.34). «L'individualisme exacerbé a fait de l'épanouissement personnel une sorte d'obligation. On doit s'épanouir dans la maternité. On veut être heureux dans son couple. On doit avoir une sexualité réussie, et avoir des rapports si l'on est handicapé, si l'on est vieux» (Sandoz, cité par Davaris, 2015). Ce souci constant de performance sexuelle accentue la gêne et peut laisser place à la honte ou à la culpabilité. Le tabou est aussi entretenu par le manque de connaissances (Weigand, 2013, p.34). Effectivement, de nombreux individus ne connaissent pas ou qu'en partie leur anatomie et les différents aspects de leur sexualité (Jugnon Formentin, 2015, p.61). Les deux principales sources d'informations sexuelles sont les parents et les amis (Mackay, 2000, p.52). L'échange avec les soignants ne se fait que rarement. Certaines femmes osent aborder le sujet d'autres en revanche se questionnent en silence. Les patient(e)s n'osent pas en parler spontanément à leur médecin : les explications principales sont l'embarras, le manque de confiance et/ou le manque des connaissances pour s'exprimer (Metz et al., 1988). Cependant, les femmes déclarent avoir envie de parler de leur sexualité mais attendent souvent que les professionnels abordent le sujet. Lorsqu'elles aperçoivent un espace pour parler de sexualité elles en profitent et s'expriment (Van der Schueren, 2004, p.28). Bien que l'on observe aujourd'hui un net accroissement du nombre de consultations en sexologie ou au planning familial (Pr. Bianchi-Demicheli, communication personnelle, 3 août 2016) les soignants n'ont encore qu'un faible impact sur l'éducation sexuelle de la population.

Conscientes de la dimension positive que prend l'activité sexuelle non reproductive, nous restons étonnées du peu de place qu'occupe la sexualité dans la prise en soin périnatale. De par nos différentes formations pratiques nous avons pu remarquer ce fait. Nous n'avons presque jamais entendu une sage-femme parler de sexualité avec une patiente. Que ce soit au post-partum (PP) ou au prénatal, le sujet est éludé, exception faite pour la proscription des rapports sexuels (RS) en cas de menace d'accouchement prématuré (MAP) ou

dans les suites de couches immédiates⁴. Le jour du retour à domicile après l'accouchement, les femmes sont conseillées sur leur future contraception. La question de la reprise des rapports, quant à elle, reste généralement dissimulée entre la reprise des bains et des tampons ; «Pas de bain, pas de piscine, pas de RS avant six semaines, le temps que le col se referme».

L'intimité sexuelle connaît en période périnatale de nombreuses fluctuations potentiellement perturbatrices de l'équilibre des couples (Van der Schueren, 2004, pp. 27-28). De par une prise en soin axée sur la sphère intime, il est alors étonnant que les sages-femmes, garantes de la santé des couples durant cette période, ne soient pas plus impliquées dans la promotion de la santé sexuelle.

1.3 Questionnements professionnel

Sur la base de ces observations et réflexions, nous nous questionnons :

- La sexualité périnatale a-t-elle fait l'objet de nouvelles études ?
- Quel rôle occupent les sages-femmes dans la prise en soin de la santé sexuelle des couples ?

Nous sommes persuadées de l'influence positive d'une information exacte, discutée avec respect et professionnalisme. Quelles informations donner et comment les donner ? Comment offrir aux couples la possibilité de s'exprimer librement ? Accompagner les couples en santé sexuelle, c'est assurer un discours cohérent quant à la sexualité en périnatalité. Pour assumer pleinement leurs propos, les sages-femmes se doivent de maîtriser ce sujet. L'objectif de notre travail est de mieux comprendre ce qui influence la sexualité des couples en périnatalité et de réfléchir sur l'amélioration du rôle sage-femme en santé sexuelle.

⁴ Nous verrons dans Quelles contre-indications aux RS pendant la grossesse ? (p.64) qu'aucune étude n'a pu établir un risque lié au RS en cas de MAP ou dans les six semaines PP.

2 Cadre de référence théorique

2.1 L'histoire de la sexologie

2.1.1 Bref historique

Étudiée par les philosophes durant l'antiquité, la sexualité accompagne l'être humain depuis les premières civilisations. C'est à partir du XIX^{ème} siècle que naissent les premières réflexions scientifiques. On différencie alors reproduction, plaisir et désir. Dans le domaine clinique, ce n'est que vers 1950 qu'émergent les premiers travaux portant sur la sexualité. Kinsey publie les premières études et ouvre la voie à Master et Johnson (Bianchi-Demicheli, Ortigue & Abrahams, 2012). Ces deux pionniers surprennent avec leurs ouvrages dédiés à la réponse sexuelle humaine (Human Sexual Response, 1966). Ils bousculent, dérangent mais questionnent le corps médical (Weigand, 2013, p.17). En 1970, on voit s'ouvrir à Genève la première unité de sexologie de Suisse. Elle est sous la direction du professeur genevois Willy Pasini pionnier européen de la sexologie clinique (Monnet & Vos, 2006). Conjointement, la première révolution sexuelle a lieu. Par leurs revendications, des mouvements féministes prônent l'émancipation sexuelle des femmes. C'est à cette période qu'émerge le concept de santé sexuelle. En Suisse, on assiste à l'ouverture des premiers planning familiaux et à l'arrivée des différentes méthodes contraceptives accessibles à toutes les femmes (Giami, 2007, p.57; Forster, 2012, p.3). La sexualité des femmes change et leur plaisir sexuel, désormais reconnu, s'inscrit comme une finalité de l'activité sexuelle.

2.1.2 La sexologie d'aujourd'hui

A ses débuts, l'éducation sexuelle vise d'abord à prévenir les grossesses précoces et les infections sexuellement transmissibles (Forster, 2012, p.2). Elle s'ouvre ensuite aux autres aspects de la sexualité, physiques, psychiques et sociaux. Des professionnels de la santé spécialisés dressent une évaluation clinique générale pour ensuite orienter le patient vers l'approche thérapeutique la plus adaptée (Recordon & Köhl, 2014). La sexologie ne se cantonne alors plus aux troubles sexuels uniquement, mais s'ouvre à la physiologie et au quotidien de la sexualité du couple, devenant ainsi accessible au plus grand nombre.

2.1.3 L'éthique sexuelle

L'éthique sexuelle permet de distinguer les actes sexuels sans risque de reproches moraux de ceux rendant l'auteur moralement coupable (Campagna, 2011). Ces questionnements éthiques sont indispensables d'après Collier (2015). Ils apportent un certain appui aux sexologues et assure la fiabilité de cette branche médicale. Comme toutes disciplines cliniques, la pratique de la sexologie s'inscrit dans le respect d'une éthique rigoureuse. Selon Cook, Dickens & Fathalla (2005), le système de santé est régi par des principes fondamentaux de droit médical qui sont d'autant plus important en santé sexuelle. En sexologie médicale, le droit à la prise de décision éclairée et le droit au secret médical sont des notions capitales. Valoriser la communication appartient aux devoirs du soignant. En garantissant une totale confidentialité, les soignants invitent les patients à se confier, favorisant ainsi la prévention et la promotion de la santé sexuelle. L'éthique sexuelle se doit aussi de tenir compte de l'autonomie et de l'égalité des patients. Elle permet à chaque individu de s'épanouir dans sa propre sexualité, sans jugement (Campagna, 2015).

2.2 La sexualité dans un contexte occidental

«La sexualité est toujours à l'image d'une société.»
(Maurice Godelier, préface tiré de Bajos et Bozon, 2008)

Deux sociologues, John Gagnon et William Simon, élaborent le concept de «script sexuel» en publiant en 1975 le «Sexual Conduct - The Social Source of Human Sexuality». Difficilement traduisible, le «script» vise à une meilleure compréhension de la théorie sociologique de la sexualité. Cette théorie avance que nous sommes des apprentis de la sexualité et que chaque situation ou relation à l'acte sexuel nous permet de développer notre sexualité. Cet apprentissage est déterminé par la culture dans laquelle nous vivons (Bozon & Giami, 1999). En effet l'approche des individus à la sexualité a été très longtemps déterminée par la religion et l'éducation (Bergstrom-Walan & Nielsen, 1990, p.94).

2.2.1 Représentations, expériences et enjeux

La révolution sexuelle de la fin des années 1960 marque la différenciation entre activité sexuelle érotique et activité sexuelle procréatrice (Giami, 2007, p.57). La libération des mœurs permet la fin de la censure médiatique. La sexualité arrive au cinéma, dans la littérature et dans l'éducation (Van der Schueren, 2004, p.27). La société est en constante évolution et son regard sur la sexualité l'est tout autant. Pour discuter de la sexualité, il est fondamental de comprendre sa place dans notre société. Les sources de connaissances en sexualité se diversifient et ne se cantonnent plus à la religion ou à la famille. Selon Weigand (2013), que ce soit dans les magazines, à la télévision ou sur internet, le sexe est tous les jours un peu plus médiatisé et cette omniprésence expose les individus à toujours plus d'informations sexuelles. Ils calquent désormais leur sexualité à l'image de celle que leur donne leurs amis ou le monde médiatique. En dehors d'une formation spécialisée dans ce domaine, les individus comparent leurs expériences à une sexualité souvent peu réaliste, ce qui souvent les déstabilise et les questionne (p.34). De part ces transformations culturelles, le concept de sexualité dans les relations humaines évolue (p.4). Des pratiques avant interdites sont désormais des pratiques normales. Prenons pour exemple la baisse de l'âge du premier RS chez les femmes (Bozon, 2008). A travers leur étude de grande ampleur sur la sexualité des français, Bajos & Bozon présentent en 2008 les comportements sexuels contemporains et leurs évolutions. Le modèle judéo-chrétien qui préconise la virginité jusqu'au mariage s'efface progressivement et une différence se creuse entre l'initiation à la sexualité et le début vie conjugale (Antoine & Lelièvre, 2006).

Il est certes important de parler de l'évolution considérable de la sexualité dans les rapports humains mais nous nous devons aussi d'atténuer ces propos discutant de toute la pression qu'engendre cette omniprésence. En effet, la sexualité inquiète et questionne de par son exigence : l'homme se doit d'être performant et la femme se doit d'avoir une vie sexuelle épanouie (Weigand, 2013 & 2014). En effet la sexualité est perçue comme essentielle au

bonheur du couple (Costa & Brody, 2007) mais cet aspect doit être nuancé. Selon De Sutter (2009) une sexualité extraordinaire n'est pas essentielle au bonheur. Il indique une large marge quant à la fréquence des RS favorables au bonheur (entre 5 et 15 rapports par mois). Il souligne l'importance de ne pas cantonner l'acte sexuel au coït mais d'ouvrir les possibilités sexuelles avec les baisers, les caresses ou encore les rapports oraux. Ce qui rend la sexualité si importante au sein du couple n'est pas l'activité en elle-même mais plutôt l'intimité que ses échanges créent entre les deux partenaires. Ces liens intimes sont développés dans les paragraphes suivants.

2.2.2 Couple et vie sexuelle

«Le couple réel est en vérité l'enjeu majeur de la vie sexuelle.»
(Bianchi-Demicheli et al., 2012, p.27)

Dorénavant l'activité sexuelle, de part son intensité et sa continuité, constitue elle-même le couple (Bozon, 1991). Parler de la vie sexuelle des couples nécessite une étude du contexte relationnel des amants. «Le couple est le résultat d'une rencontre, celle de deux personnes, ayant chacune son histoire personnelle et sa particularité unique» (Savoy, 2003, p.11). Le défi des consultations conjugales en sexologie est de traiter la singularité de la sexualité. Bianchi-Demicheli et al. (2012) appuient la théorie *du «script sexuel»* : la sexualité des couples n'est pas innée mais est sans cesse influencée par le monde qui l'entoure (coutumes, habitudes établies, préjugés, etc) (p.28). Les sexothérapies conjugales comme, l'approche sexocorporelle ⁵, visent aujourd'hui à personnaliser la prise en soin en comprenant les partenaires dans leur globalité pour ainsi trouver l'origine du trouble sexuel (Weigand, 2013, p.50).

2.2.3 Comportements sexuels actuels

«La sexualité est à la fois une donnée psycho-socio-affective individuelle, voire personnelle, intime ou privée et en même temps

⁵ Sexothérapie développée par Desjardins se basant sur l'unité fondamentale corps-cerveau afin de travailler avec la personne dans sa globalité.

interpersonnelle et collective.» (Courtois, 1998). Prétendre pouvoir la définir serait alors présomptueux. D'un point de vue biologique et éthologique nous pouvons la décrire comme l'ensemble des comportements et des phénomènes visant à satisfaire l'instinct sexuel que l'on peut observer dans le monde vivant. Le terme «coït» désigne l'acte sexuel de pénétration vaginale. Mais la sexualité ne se résume pas à la pénétration vaginale, elle englobe différentes pratiques. Le RS désigne quant à lui toutes pratiques sexuelles entre plusieurs individus aboutissant ou non à la pénétration⁶. La libération sexuelle de la fin des années 1970 entraîne une modification des comportements sexuels. Selon Bozon (2008), en France, si l'âge moyen du premier rapport ne cesse pas de diminuer, le nombre de partenaires sexuels au cours d'une vie lui, tend à augmenter (en 2006, 12 à 13 pour les hommes et cinq pour les femmes). On assiste également à une diversification des pratiques sexuelles. Le sexe oral est aujourd'hui une pratique courante : le cunnilingus et la fellation sont respectivement pratiqués par 85 et 80% des couples. L'expérience de la pénétration anale (la sodomie) est elle aussi plus fréquente. En ce qui concerne la masturbation (excitation manuelle des organes génitaux à la recherche du plaisir), le nombre d'hommes la pratiquant reste stable alors que celui des femmes augmente (60 % en 2006 contre 42% en 1992).

2.2.4 De l'intimité au tabou

Le tabou évoque le caractère interdit ou inconvenant d'un sujet d'après des normes sociales ou religieuses. Bien qu'elle soit définie par les actes qu'elle inclut, l'expression de la sexualité dépend de la société dans laquelle les individus évoluent (Bozon & Giami, 1999). Les discussions autour de la vie sexuelle ont considérablement changé. Dans le contexte judéo-chrétien, les religions ont souvent dicté une certaine conduite sexuelle et bien qu'aujourd'hui le poids de la religion décline, ses mœurs persistent (Bozon & Le Van, 2008). Si l'activité sexuelle hors mariage est aujourd'hui acceptée, l'activité sexuelle en dehors d'une relation amoureuse restent elles toujours dévalorisées. Les consciences morales restent troublées par la sexualité. Comme l'explique

⁶ Dans notre travail, pour l'analyse des résultats de la revue de la littérature, nous entendrons par «RS» la pénétration vaginale.

Durkheim (1911), elle renvoie une image mystérieuse, sacrée, secrète. Parler de sexualité c'est aussi parler de soi et de ses émotions. L'arbitraire est impossible en sexologie: il n'y a pas de juste ou faux. Comme l'explique Weigand (2003) il est presque impossible de définir la sexualité «normale». Perel (2013) décrit la sexualité d'aujourd'hui comme un projet personnel qui se cultive en permanence et qui prend part à notre personnalité. L'acte sexuel évoque en effet le plus haut degré de l'intimité, qu'il soit individuel ou partagé. Selon Pasini (1991), intimité et sexualité sont liées. Il explique alors que communiquer favorise une meilleure sexualité et vice versa, qu'une vie sexuelle épanouie améliore souvent l'intimité conjugale. Lorsqu'on parle de sexualité, on touche à l'intime et donc à l'affectif, aux sensations et à la personnalité. C'est de là qu'émerge toute la complexité de la sexualité et c'est de par sa subjectivité qu'il est difficile de l'aborder. Ainsi le tabou persiste (Weigand, 2013). Il protège l'intimité sexuelle mais peut alors aussi empêcher la communication quant à des éventuelles difficultés sexuelles. «La moitié des suisses ne consulterait pas en cas de problème sexuel» (Weigand, 2013, p.23). Barbey (2012) utilise la métaphore du parapluie pour décrire la santé comme un lieu «neutre au plan moral et religieux» (p.44). Le système de santé se présente comme le lieu de choix pour en discuter. Pourtant le tabou de la sexualité se retrouve également dans les soins. Même si on assiste aujourd'hui à une médicalisation de la sexualité et du bien-être, l'activité sexuelle reste un sujet brûlant, défendu et difficile à aborder et ce, même pour les professionnels de la santé (Weigand, 2013, p.44 ; Bianchi-Demicheli, 2014). Giami (2007) considère la lutte contre les tabous comme l'une des principales actions de l'éducation sexuelle (p.58). Selon Metz (1988), les médecins évoquent différentes raisons quant au fait de ne pas parler de sexualité avec leurs patients : le manque de temps est le plus souvent cité (53%), vient ensuite le manque de connaissances (47%) puis enfin l'oubli d'en parler (37%) et l'embarras (32%). Pour lever ce tabou dans les soins, il est nécessaire tout d'abord de combler ce manque de connaissances des soignants.

2.3 Le concept de santé sexuelle

2.3.1 Origine et définition

Le terme «santé sexuelle» est utilisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la première fois en 1972. Ce concept apparaît suite à la reconnaissance de son importance dans le bien-être de l'être humain. La santé sexuelle est définie de la manière suivante:

Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. (OMS, (s.d), cité par Weigand, 2013, p.5)

Cette définition reconnaît la sexualité comme une dimension véritable du bien-être. Comme l'explique Giami (2007), ce concept «institue et renforce le clivage entre les dimensions érotiques et reproductive de la sexualité» (p.57). Désormais, la sexualité est vue dans sa globalité et se base sur l'axe tridimensionnel «bio-psycho-social» (Engel, 1980). En effet, les sexothérapies se basent sur les aspects socio-culturels, physiques et psychiques pour traiter les troubles sexuels (Bianchi-Demicheli et al., 2012). Elles visent alors l'amélioration globale du patient et non pas seulement la disparition des symptômes. L'individu est vu dans son ensemble. Afin de promouvoir toujours la santé sexuelle, ce concept est consolidé par la création des droits sexuels (International Planned Parenthood Federation (IPPF), 2009, article 8). Ils renforcent le rôle capital de la santé sexuelle dans l'épanouissement des individus (World Association for Sexual Health, 2014) et la santé sexuelle, quant à elle, promeut ses droits et s'assure de leur application. La santé sexuelle fait alors écho au comportement sexuel responsable, l'éducation sexuelle se veut alors indispensable.

2.3.2 Éducation, conseil et thérapie : trois niveaux d'intervention

La sexologie permet de garantir la santé sexuelle d'après trois niveaux d'interventions : l'information, le conseil et la thérapie (Brenot, 2004, p.556). Les soignants non spécialisés en sexologie peuvent intervenir en informant et en conseillant. En ce qui concerne les sexothérapies, des formations sont nécessaires. La santé sexuelle s'articule autour de deux grands pôles : l'individu et les institutions. Les parents et la famille dispensent aux enfants et jeunes adultes une première éducation sexuelle leur permettant ainsi de développer leur identité sexuelle en pleine santé. Les systèmes éducatifs et de santé se doivent d'assurer également une sensibilisation, une information précise et une communication en santé sexuelle (Wafo, 2014, p.199 ; Forster, 2012, p.4). En effet, l'information sexuelle s'inscrit dans les programmes scolaires obligatoires⁷ (Forster, 2012, p.3). En plus d'agir en prévention des infections sexuellement transmissibles, elle s'ouvre ensuite aux autres aspects de la sexualité tels que physiques, psychiques et sociaux (prévention des violences sexuelles, thérapies conjugales, traitements des troubles sexuels etc). Pour assurer une prise en soin adaptée et optimisée, l'éducation sexuelle se développe également au travers des professionnels de la santé. Aujourd'hui, les universités et les hautes écoles de santé suisses assurent une éducation sexuelle de base et développent des formations spécialisées en santé sexuelle (CAS, DAS en sexologie). L'essor de ces formations permet d'assurer des conseils de la part de tous les professionnels de santé ainsi que diverses sexothérapies (médecine sexuelle, approche sexocorporelle, sociosexologie, la psychosexologie, etc.⁸) par les soignants spécialisés (Weigand, 2013, p.39). Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) comprennent depuis maintenant 50 ans une unité de santé sexuelle. Dans un objectif de promotion de la santé, ce service assure une réception téléphonique et des consultations gratuites (individuelles ou conjugales) accessibles à tout individu.

⁷ A Genève en 1965 et dans le canton Vaud en 1969.

⁸ Nous choisissons de ne pas aborder dans les détails ces différentes thérapies car selon nous sages-femmes doivent principalement informer et conseiller avec leur formation de base.

2.3.3 Étude de la fonction sexuelle (FS) et dépistage des troubles sexuels

La FS est évaluée grâce à The Female Sexual Function Index (FSFI)⁹. Ce questionnaire international permet d'évaluer six composantes de la sexualité : désir sexuel, orgasme, satisfaction sexuelle, dyspareunie, excitation et lubrification. Avec un total de 19 questions, leurs réponses permettent de quantifier le résultat avec des scores allant entre 0 et 5. Le résultat final (addition des scores en fonction du facteur associé) varie entre 2.0 et 36.0 points. Plus le score est faible, plus les troubles sexuels sont majeurs et inversement. Selon Pauls et al. (2008) le dysfonctionnement sexuel est suggéré par un score total FSFI inférieur à 26,5. Le trouble sexuel peut aussi être spécifique et dépendre uniquement d'une seule composante. Le FSFI a été validé sur la base du «Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: diagnostics des troubles du désir, de l'excitation et le dysfonctionnement sexuel (quatrième édition)» et sa validité a été prouvée par Pauls et al. (2008) et Leite et al. (2009).

2.4 La santé sexuelle en périnatalité

Si la reproduction fait écho à l'acte sexuel, la périnatalité elle, nous renvoie nécessairement à la vie sexuelle du couple.

2.4.1 Grossesse et vie sexuelle

La grossesse implique le changement du corps, l'arrondissement du ventre et la préparation à l'arrivée de l'enfant. «C'est un bouleversement existentiel qui engage tout l'être, à tous les étages : corporel, spirituel, organique psychique...» (Heril, 2012, p14.). Les femmes enceintes s'observent passer de femmes amantes à mères aimantes et tentent de comprendre leurs corps. Nombreuses d'entre elles parcourent livres et magazines afin de trouver des conseils et des solutions pour mieux vivre ces modifications mais les informations quant à leur vie sexuelle manquent. Les femmes enceintes se questionnent et n'osent pas se livrer de peur d'être jugées (Walther, 2008, p.9).

⁹ Développée dans l'annexe: The Female Sexual Function Index (FSFI) (p.85)

Selon Badinter (2010), l'image de la femme qui ne peut pas être mère et amante à la fois reste encore très ancrée dans les mentalités. La sexualité des nouvelles mères est souvent perçue comme mise en veille. Pourtant, 77,4% des femmes enceintes déclarent ne pas pouvoir se passer de relations sexuelles durant ces neuf mois (Walther, 2008, p.176). La grossesse influence de près ou de loin leur sexualité, celle du couple. Selon Anex (2012)¹⁰, la sexualité se fragilise durant le premier trimestre de grossesse mais s'améliore au deuxième trimestre. En effet, la grossesse est marquée par des changements physiques et hormonaux (Marieb, 2013). Anex (2012) explique que certaines modifications physiques peuvent améliorer la FS des femmes : la vasocongestion des organes génitaux et le poids de l'utérus gravide sur le périnée développent la réponse orgasmique et donc la sensibilité des zones érogènes. En revanche, Nguyen & Carbonne (2012) déclarent que les modifications corporelles des femmes enceintes peuvent aussi affecter négativement leur libido et celle de leur partenaire. Pauleta, Pereira & Graça (2010) appuient ces résultats en démontrant que l'augmentation des œstrogènes, de la progestérone et de la prolactine entraîne des changements¹¹ contribuant à un sentiment de faiblesse générale et à une diminution du désir. Une baisse de la libido est en effet constatée chez 40% des femmes au cours des deux premiers trimestres de la grossesse et ce chiffre s'élève à 75% au troisième trimestre (Bogren, 1991).

La sexualité est individuelle, subjective¹². Von Sydow (1999) constate une baisse de la libido principalement au premier et au troisième trimestre mais il précise que pour certaines femmes la libido peut aussi augmenter au cours de la grossesse. Ses variations hormonales touchent aussi les futurs pères. Une diminution de la testostérone et de l'œstradiol est constatée chez le partenaire durant la grossesse et au PP (Edelstein et al., 2014). Durant la grossesse, les futurs pères ne sont pas uniquement des spectateurs. Eux aussi s'interrogent et s'inquiètent (Fabre-Clergue & Duverger-Charpentier, 2008). Tant du côté

¹⁰Tirée de l'émission radiophonique de Radio Télévision Suisse, *On en parle : Sexe et Grossesse* (19 juin 2012)

¹¹ Nausée, sensibilité de la poitrine, fatigue, épuisement et anxiété.

¹² Abordé dans *Comportements sexuels actuels* (p.20)

féminin que masculin, la conception d'un enfant perturbe l'intimité sexuelle. Pour chaque couples les changements seront différents : la sexualité pendant la grossesse peut alors s'exalter comme s'éclipser.

Walther (2008) affirme qu'il est absurde de généraliser la sexualité des femmes enceintes. Les pratiques sexuelles diffèrent selon chaque couple. 46.6% des couples rencontrent des problèmes sexuels pendant le premier trimestre de grossesse et ce chiffre varie selon l'avancée de la grossesse (Placido Lima Leite et al., 2009). Pour discuter de la sexualité des couples pendant la grossesse, il faut d'abord étudier leurs comportements sexuels. L'étude de Bartellas et al. (2000) nous montre les différentes activités sexuelles pratiquées au cours de la grossesse : 79% des femmes déclarent commencer l'activité sexuelle par un moment de tendresse avec des échanges de caresses. Le coït est pratiqué par 86% des couples. Les seins ont aussi un rôle important dans l'intimité sexuelle du couple. Que ce soit au cours des préliminaires ou comme actes en lui-même, la palpation des seins est pratiquée par 87% des couples. La morphologie de la poitrine change et plus de la moitié des partenaires déclarent la trouver plus jolie (Walther, 2008). Le sexe oral est pratiqué par 55% des couples mais Bartellas et al. (2000) ne précisent pas si il s'agit de la fellation ou du cunnilingus. La pénétration anale (pratiquée par 7% des couples) reste l'acte sexuel le moins fréquent. Cette étude aborde aussi les fantasmes et la masturbation et précise qu'ils concernent respectivement 44% et 31% des femmes enceintes. La sexualité est donc composée de diverses pratiques propres à chaque couple. Il semble alors évident qu'une généralisation des conseils et de l'information n'est alors pas adéquate. Une préparation personnalisée à une nouvelle intimité sexuelle semble indispensable face au tournant de vie que fait prendre la grossesse.

2.4.2 Quelle vie sexuelle après l'accouchement ?

L'arrivée d'un enfant fragilise le couple. C'est un fait, aujourd'hui de plus en plus de couples se séparent durant les deux premières années de vie de bébé (Gaussen, 2000). Un quart des couples connaissent aujourd'hui un «baby clash», terme né récemment pour décrire ce choc, ces tensions que vivent les couples à l'arrivée d'un bébé. Des tensions dans le couple suite à l'arrivée d'un

enfant sont évoquées par 66% des femmes et 20-25% d'entre-elles confient que leur couple n'a failli pas résister à ce «clash» (Geberowicz & Barroux, 2005). Si le couple est chamboulé, sa vie sexuelle l'est tout autant. Le couple est tel une balance. D'un côté il y a le don et de l'autre la réception. L'arrivée d'un bébé fait basculer la balance et perturbe l'équilibre. Les partenaires doivent alors faire preuve de solidité pour s'équilibrer à nouveau (Savoy, 2003, p.85).

Les futures parturientes et les nouvelles mamans s'inquiètent de la reprise des RS et de leur qualité. En effet l'accouchement par voie basse (AVB) n'est pas sans conséquences sur le plancher pelvien. Le passage de l'enfant dans la filière génitale touche les différentes structures neuromusculaires et les tissus d'ancrage des organes avoisinants (Meyer, 2005, p.37). En ce qui concerne la qualité des rapports, selon Paquereau (2011) 57% des femmes auraient souffert de dyspareunies au PP mais seulement 6,6% d'entre elles auraient consulté pour ce problème. Ces données nous questionnent : quelle qualité de vie sexuelle après un accouchement ? Quel plaisir sexuel pour les nouvelles mamans ? Quels rôles jouent les professionnels de la santé ?

En effet, comme durant la grossesse, la sexualité demeure taboue. La qualité de la vie sexuelle durant la grossesse influence celle du PP (Szejer & Stewart, 1994, cité par Fabre-Clergue & Duverger-Charpentier, 2008, p.303). De plus, différents éléments liés à l'accouchement peuvent impacter la sexualité des couples : les lésions périnéales, l'atonie musculaire, les lochies, l'altération de l'image corporelle et la fatigue tendent à diminuer le désir sexuel et la qualité des rapports (Mayenga, 2012). Selon Signorello et al (2001), une femme sur quatre déclare ressentir moins de plaisir sexuel après l'accouchement. L'allaitement maternel est lui aussi un élément perturbateur de la sexualité des couples qui contribue, avec l'augmentation de la prolactine¹³, à la baisse de la libido et favorise la sécheresse des muqueuses (Mayenga, 2012). Le sein érotique devient nourricier et laisse place à une nouvelle relation fusionnelle mère-enfant qui parfois écarte le partenaire (Mourichon, 2012, p.103). Toutes ces modifications doivent être connues des femmes et des couples. S'ils en ont

¹³ Hormone intervenant dans le déclenchement et le maintien de la lactation.

conscience, leur acceptation n'en sera que meilleure (Fabre-Clergue & Duverger-Charpentier, 2008, p.303). Sujet tabou, manque de temps et de qualification pour les sages-femmes, désintérêt éphémère pour les nouvelles mères dont les besoins affectifs sont remplis par le nouvel enfant, vécu et ressenti difficile du père... Tous ces facteurs constituent des freins aux investigations du vécu de la sexualité des couples.

2.5 Les soignants en périnatalité et la santé sexuelle

2.5.1 Soins dans l'intimité

«Parce que la sexualité, c'est le tabou, c'est le sacré. Si on le montre comme une main ou un bras, alors il n'y a plus rien de sexuel dans le sexe.»

(Abecassis, 2007, p.156)

A l'exception des discussions sur la contraception, la sexualité est un thème rarement abordé à la maternité. Pourtant la période périnatale semble être une opportunité pour parler de sexualité. Les sages-femmes et les obstétriciens s'immiscent dans l'intimité des couples et nous l'avons vu, la vie sexuelle est une des composantes principales de la sphère privée des amants. Comme l'explique Van der Schueren (2003), la sexualité est à l'origine même de leur présence à la maternité. De plus les soins périnataux concernent essentiellement la sphère génitale : quoi de plus intime que d'observer, d'examiner et de toucher le sexe féminin. Echographies endo-vaginales, touchers vaginaux ou encore sondages vésicaux, la sphère intime de la femme est, tout au long du suivi périnatal, constamment sollicitée (Mourichon, 2012, p.122). Être consciente de la relation à l'intime est capital pour les sages-femmes. Éviter les examens inutiles et respecter l'intimité des patientes sont des principes fondamentaux à respecter par tous les soignants. Les professionnels doivent prendre connaissance que tous gestes, même minimes, peuvent être perçus comme envahissants ou intrusifs par les femmes.

2.5.2 Les représentations des soignants

«La lutte contre les “mythes” et les “tabous”, qui s’opposeraient à la reconnaissance du bien-être fondé du caractère positif de l’activité sexuelle non reproductive, constitue l’un des aspects les plus importants de cette formation et les membres des professions de santé constituent la première cible de ce combat.»

(Giami, 2007, p.58)

Il est étonnant que la sexualité des couples ne soit que si peu abordée dans la prise en soin périnatale. Selon Van der Schueren (2004), bien que 100% des professionnelles de la santé périnatale des HUG déclarent essentiel d’aborder la sexualité avec les couples, seulement 4% soutiennent en parler systématiquement. 72% jugent n’être pas suffisamment formées pour en parler (p.28). Le manque de connaissance est-il le seul frein à l’abord de la sexualité des soignants périnataux ? Pour parler de sexualité il faut d’abord connaître sa propre sexualité. Les soignants sont influencés par leur propre histoire et beaucoup n’imaginent pas que leur propre expérience peut les amener à porter un jugement sur leur patient (Weigand, 2013, p.44). Préserver la sphère privée du patient c’est aussi préserver sa propre intimité. En effet, la résonance est toujours présente, l’expérience du soignant est constamment sollicitée. «L’éducation, la religion, la culture, l’âge et l’identité sexuelle, la santé mentale et physique, le choix de partenaire, la société et l’époque sont autant de facteurs qui influencent notre regard sur la sexualité et qui peuvent aller à l’encontre de l’information sexuelle» (Gerhard, 2009, p.33). Inviter les professionnels de la santé à réfléchir quant au rôle de la sexualité est donc une première étape vers le développement de leurs connaissances en santé sexuelle.

2.5.3 Rôle des soignants

Se préoccuper de la santé sexuelle des couples c’est avoir une approche préventive globale. Un dysfonctionnement sexuel peut être à l’origine d’une relation conjugale perturbée et de violences (Van der Schueren, 2004, p.28) et

selon Chivers et al. (2010), un lien existe entre trouble sexuel et dépression du PP. Ainsi, s'intéresser à la vie sexuelle des couples c'est investiguer un aspect de la dynamique familiale afin d'assurer le bon développement de l'enfant. En étant conscientes du bouleversement que présente la périnatalité et comprenant ainsi que l'équilibre des couples est mis à l'épreuve, les sages-femmes porteraient un nouveau regard sur la santé sexuelle. Sachant que la santé sexuelle passe principalement par une information sexuelle, leur rôle d'informatrices est évident. Les sages-femmes ont effectivement des compétences de formatrices. Elles se doivent par exemple de permettre à la femme d'avoir une meilleure vision de sa sphère intime en diminuant les craintes ou fausses croyances liées à ce sujet.

2.6 Problématique

Soutenue par les premières études portant sur la sexualité, la révolution sexuelle des années 1970 change le regard porté sur la sexualité féminine. Le plaisir et le désir sexuel des femmes sont reconnus. La naissance du concept de santé sexuelle, défini par l'OMS, inscrit la sexualité comme un véritable indicateur de santé. La sexologie se médicalise alors de plus en plus et les sexothérapies se multiplient devenant ainsi accessibles à toujours plus d'individus. Une éducation sexuelle est dispensée par les parents, complétée par les institutions scolaire et individualisée auprès des plannings familiaux. L'analyse sociologique proposée par Gagnon & Simon (1975) met en évidence l'importance de la connaissance de la culture de la personne pour comprendre sa sexualité. Nous sommes des apprentis de la sexualité et la société, la religion et la famille nous orientent dans son application. La place de la sexualité dans les rapports humains est donc en constante évolution. La libération des mœurs et la fin de la censure médiatique engendre l'omniprésence de la sexualité. «Nous vivons dans une société où la sexualité nous bombarde» (Sandoz cité par Davaris, 2015). Ces nouvelles informations sexuelles créent un souci de performance qui exerce une réelle pression sur les individus entretenant ainsi ses tabous. L'épanouissement sexuel se veut essentiel à l'épanouissement personnel. Il devient une nécessité à tout âge afin

de garantir un équilibre dans le couple. C'est également par son caractère mystérieux et secret que la vie sexuelle se définit. La sexualité ne se cantonne pas aux différentes pratiques sexuelles mais se rattache aux notions de l'affectif et de l'intime. Elle est propre à chaque individu, en parler revient à se confier sur sa propre intimité.

La sexualité dépend du contexte social mais aussi du contexte de vie de l'individu. La vie sexuelle évolue et peut être perturbée par plusieurs étapes de vie comme par exemple l'adolescence, la vie conjugale ou l'arrivée d'un enfant. En étant désormais conscientes des enjeux de la sexualité dans le système de santé, nous sommes interpellées par le peu de place qu'occupe la santé sexuelle en périnatalité. C'est une période idéale pour investiguer la sexualité du couple. La périnatalité est une période de renouveau pour le couple. Son équilibre est perturbé et par conséquent, son intimité l'est également. Tous ces changements physiques et psychiques peuvent inquiéter les deux partenaires qui, par gêne, n'osent souvent pas demander conseils aux professionnels. Parler de sexualité est aussi difficile pour les soignant : 4 % des professionnels de la santé périnatale déclarent aborder systématiquement le sujet de la sexualité. Comment un sujet, aussi influant sur la santé des individus et aussi fragile en période périnatale, peut-il être absent du discours des sages-femmes ? En plus de la gêne engendrée par le fait de parler de sexualité, les soignants expliquent le manque d'investigation par un manque de temps et de connaissances. Beaucoup n'abordent pas le sujet de peur de ne pas pouvoir assumer la réponse. Quels sont les changements qui influencent le plus la sexualité du couple ? Comment parler de sexualité ? Quels mots utiliser ? Une meilleure compréhension de la sexualité en périnatalité peut améliorer le rôle sage-femme en promotion et en prévention de la santé. Maîtriser ce sujet permettrait d'accueillir et de répondre à des besoins parfois difficiles à exprimer.

En prenant ce chemin de réflexion, nous avons choisi de poser cette question de recherche : quels sont les facteurs influents de la sexualité périnatale et comment améliorer le rôle sage-femme en santé sexuelle ?

3 Méthodologie de recherche

Afin de répondre à notre question de recherche par une discussion fondée, il est essentiel d'élaborer une revue de littérature pertinente. Ce travail nous demande alors d'adopter une méthodologie de recherche précise et réfléchie nous permettant ainsi de recueillir des références scientifiques précieuses pour ensuite sélectionner les cinq articles à analyser. Une fois les premiers résultats obtenus, le nombre considérable d'études sur ce sujet nous interpelle. Notre processus de recherche se doit d'être adéquat et judicieux.

3.1 Utilisation des base de données

Pour élargir notre éventails de choix d'articles, nous choisissons d'utiliser plusieurs bases de données. Du fait des très nombreux résultats obtenus et du caractère plus qualitatif que quantitatif des résultats souhaités, une recherche à la fois variée et ciblée est alors nécessaire. La principale source de nos articles de recherche et de références bibliographiques est PubMed (MedLine). Les autres bases de données que nous employons le plus sont RERO, The Cochrane Library et Google Scholar.

3.2 Choix des mots clés

La première étape de notre recherche est de collecter des mots clés en créant une recherche de MeSH term¹⁴ et pour les combiner nous utilisons l'opérateur «booléen» AND. Cependant certains mots clés utilisés n'appartiennent pas au thésaurus MeSH mais nous permettent tout de même d'accéder à certaines études pertinentes via PubMed.

Nous commençons notre recherche en nous concentrant sur les aspects de la sexualité pendant la période périnatale. De ce fait, nous formons des associations de plusieurs mots clés tels que : «sexualité», «grossesse», «rapport sexuel», «profession sage-femme» et «post-partum». (traduit respectivement en anglais avec l'appui du site HeTOP¹⁵ : «sexuality», «pregnant woman/pregnancy», «sexual intercourse», «midwifery» et

¹⁴ Les MeSH term (Medical Subject Headings) constituent un vocabulaire contrôlé d'indexation pour faciliter la recherche des articles (principalement employé dans la base de données MedLine).

¹⁵ Portail terminologique de santé proposé par le CiSMEF.

«postpartum»). Nous nous apercevons très rapidement que ces combinaisons de mots nous apportent une grande quantité de résultats¹⁶ qui ne congruent pas toujours avec notre problématique. Concentrer d'abord notre recherche sur l'étude des comportements sexuels en périnatalité est un choix : avant de se pencher sur les différentes mesures envisageables pour améliorer la santé sexuelle périnatale des femmes, nous nous devons de connaître les impacts d'une grossesse, d'un accouchement ou encore de l'arrivée d'un enfant sur la vie sexuelle des femmes, des couples. Ces connaissances nous permettent d'obtenir des solides bases pour continuer notre travail et ouvrir nos perspectives de recherche. Nous enrichissons alors peu à peu notre revue de littérature en sélectionnant plusieurs articles et en dégagant plusieurs problématiques pertinentes. Nous élargissons notre champs de recherche en utilisant d'autres mots clés : «santé sexuelle», «éducation sexuelle» (respectivement traduits par «sexual health», «sex education»). Ce deuxième axe de recherche nous pose plus de difficultés, les travaux concernant cette problématique sont peu nombreux et ne rentrent majoritairement pas dans nos critères d'inclusion¹⁷. Par exemple, le mot «midwifery», même combiné, ne nous apporte étonnamment aucun article en lien avec notre questionnement professionnel. Nous trouvons tout de même une étude concernant l'accompagnement des sages-femmes en promotion de la santé sexuelle.

¹⁶ Nombre reporté dans Investigations et recherches d'études scientifiques (p.35)

¹⁷ Défini dans Sélection des articles (p.37)

Mots clés souhaité	MeSH term
Pregnancy	Pregnancy
Sexuality	Sexuality <i>ou</i> Sexual behavior
Post-partum	Postpartum period
Sexual intercourse	Coitus
Midwife	Midwifery
Sexual function	-
Relationship	Relationship
Mode of delivery	Obstetric delivery
Partenaire	-
Santé sexuelle	Sexual Health
Sex education	Sex education

3.3 Investigations et recherches d'études scientifiques

La combinaison des MeSH term nous offre un large échantillon de résultats ; des exemples sont cités ci-dessous :

«Sexuality» AND «Pregnancy»	→ 12'844 études disponibles
«Pregnancy» AND «Relationship»	→ 42'283 études disponibles
«Pregnancy» AND «Coitus»	→ 2142 études disponibles
«Postpartum period» AND «Sexuality»	→ 1108 études disponibles
«Sex education» AND «Pregnancy»	→ 4511 études disponibles

Base de données principale : PubMed

Mots-clés combinés	Champ de recherche	Articles obtenus	Articles retenus	Articles sélectionnés
Post-partum AND Sexuality AND Pregnancy	All	818	5	2
Sexuality AND Pregnancy AND Mode of delivery	All	45	3	1
Pregnancy AND Relationship AND Sexual function	All	671	1	1
Pregnancy AND Relationship AND Sex education	All	150	1	1

Autres bases de données :

- Google Scholar

Mots-clés	Champ de recherche	Articles obtenues	Autres que MedLine
Sex education AND Pregnancy	Title	349	3
Sexuality AND Pregnancy AND Postpartum	Title	27	1

- The Cochrane Library

Mots-clés	Champ de recherche	Articles obtenues	Autres que MedLine
Sex education AND Midwifery	Title, Abstract, Keywords	2	1

Screening des bibliographies :

Nous continuons notre recherche en nous appuyant sur les différentes bibliographies des articles retenus. De cette façon, nous avons trouvé d'autres études pertinentes complémentaires à notre revue de littérature qui nous permettent d'étayer notre travail et d'élargir notre champ de réflexion sur des arguments fondés.

Nous décidons d'arrêter notre recherche d'articles scientifiques le 15 janvier 2016, date à laquelle nous retenons cinq études à analyser.

3.4 Sélection des articles

Inclusion	Langue anglaise ou française Texte intégral Inhérent à la sexualité au cours de la période périnatale Résultats pertinents et concluants
Exclusion	Année de publication antérieure à 2005 (pour la sélection des cinq articles) Concerne des problèmes sexuels en lien avec des troubles psychologiques ou physiques spécifiques Population spécifique

Notre revue de littérature :

Dans un premier temps nous lisons les titres des différents articles, puis si celui-ci semble traiter de notre sujet d'étude, nous lisons alors son abstract. Ce premier balayage nous amène à une première sélection des études qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion. Nous sélectionnons de cette façon un nombre abordable d'étude que nous gardons et parmi lesquelles, après réflexion, nous choisissons les cinq articles suivants.

3.4.1 Période prénatale

Galazka, I., Drosdzol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M., Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Changes in the Sexual Function During Pregnancy. *The journal of Sexual Medicine*, 12, 445 – 454.

Afshar, M., Mohammad-Alizadeh-Carandabi, S., Mergheti-Khoei, E.S., Yavarikia, P. (2012). The Effect of Sex Education on the Sexual Function of Women in the First Half of Pregnancy : A Randomized Controlled Trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1(4), 173 – 181.

Pauls, R.N., Occhino, J.A., Dryfhout, V.L. (2008). Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image : A Prospective Study. *The journal of Sexual Medicine*, 5, 1915 – 1922.

3.4.2 Influence de l'accouchement

Safarinejad, M.R., Kolahi, A.A., Hosseini, L. (2009). The Effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual

Satisfaction in Primiparous Women and Their Husband. *The journal of Sexual Medicine*, 6, 1645 – 1667.

3.4.3 Le post-partum

Hipp, L.E., Kane Low, L., van Anders S.M. (2012). Exploring women's postpartum sexuality : Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *The journal of Sexual Medicine*, 9, 2330 – 2341.

3.5 Constatations : forces, contraintes et limites

Selon nous, la force principale de notre revue de littérature et de sa méthodologie de recherche, se trouve dans le nombre important d'études sur la sexualité en périnatalité. Leurs diversités en date, lieux et populations cibles nous permettent de poser des critères d'inclusion et d'exclusion précis et pertinents. Cependant, il n'y a que très peu d'études scientifiques ciblées sur la pratique sage-femme en santé sexuelle. Nous élargissons donc nos recherches vers l'étude des comportements sexuels en périnatalité et leurs facteurs influençants, nous permettant ainsi de réfléchir sur quels facteurs les sages-femmes pourraient agir.

La diversité des études est à la fois une force et une contrainte. Certes la recherche est fructueuse mais elle s'avère être longue et compliquée. Trier les résultats obtenus est une opération périlleuse. De par leur parution souvent peu récente et de leur lieu d'intervention parfois trop éloigné de notre contexte occidental, certains articles bien que pertinents sont écartés. Nous sommes conscientes que cette méthode a probablement exclu certains articles intéressants. Notre idéal est d'analyser des études ciblant une population hétéroclite et d'exclure tout article focalisé sur une population dans laquelle la position sociale des femmes diffère largement de notre contexte culturel. Nous retenons tout de même deux études réalisées en Iran, tout en étant consciente des limites qu'elles pourraient présenter (développées dans *Les faiblesses* (p.70)).

La nature socio-anthropologique du sujet que nous traitons nous pose quelques problèmes. Nous n'attendons pas de réponse précise à notre question de recherche mais plutôt des pistes de réflexions permettant de repenser plus

justement au rôle sage-femme dans la santé sexuelle périnatale. Ces éléments de réponses différent souvent et parfois même s'opposent.

3.6 Thésaurisation des références bibliographiques

Pour enrichir les références utilisées pour notre travail de Bachelor, nous utilisons la bibliothèque de l'Haute Ecole de Santé (HEdS) dans laquelle nous trouvons un grand nombre d'ouvrages traitant de sexualité. Nous profitons des différents périodiques ciblés sur la maïeutique auxquels l'HEdS est abonnée. En effet, nos investigations ne se cantonnent pas à l'utilisation de différents moteurs de recherche ; des livres et des articles de périodiques (issus du catalogue RERO Genève) nous ont permis d'appuyer nos références théoriques et d'affiner notre chemin de réflexion. Ces différentes sources de référence nous présentent la sexualité dans sa globalité. Pour compléter nos ressources, nous utilisons un screening de la bibliographie du cours dispensé par Madame Patrizia Anex¹⁸. Pour finir, nous utilisons aussi les sources conseillées par notre directrice de mémoire, Caroline Chautems.

3.7 Dimension éthique

Dans la sélection de nos articles nous portons attention au respect des critères d'éthique. Nous choisissons nos études en s'assurant du respect de l'autonomie des participants, de l'application de la bienfaisance et de la non malfaisance et enfin du respect de la justice. Dans notre travail, nous discutons de la qualité éthique de la revue de littérature et restons objectives en avançant ses limites.

¹⁸ Psychologue et sexologue de formation, intervenant HEdS durant le quatrième semestre de notre formation.

4 Analyse de revue de la littérature

4.1 Description de la revue de la littérature

Les tableaux ci-dessous permettent une compréhension rapide et concise du contenu des différents articles sélectionnés.

4.1.1 Changes in the Sexual Function During Pregnancy

Titre		Changes in the Sexual Function During Pregnancy
Publication		J Sex Med : The Journal of Sexual Medicine (2015)
Auteurs, lieu		Galazka, I., Drosdzol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M. & Skrzypulec-Plinta, V. Université Médical de Silesia, Katowice (Pologne). Sous – faculté de la santé des femmes.
Type d'étude		Prospective
Population		168 femmes enceintes répondant aux critères d'inclusion et ayant rempli les trois questionnaires de façon adéquate.
		Inclusion: 18-45 ans, grossesse physiologique et consentement éclairé. Exclusion: pathologie de grossesse ou problème de santé maternelle, grossesse multiple, procréation médicalement assistée, prise de médicaments qui influence la FS, présence d'une dysfonction sexuelle (avant la grossesse) et absence d'un partenaire sexuel.
Objectif(s)		Évaluation des changements dans la FS pendant la grossesse: impact de la grossesse sur les variables de la FS et impact de la relation avec le partenaire sur la qualité de la vie sexuelle des femmes.
Méthodologie		Un questionnaire pour chaque trimestre contenant des questions basées sur : les aspects socio-démographiques et obstétricaux/gynécologiques, la relation au partenaire et la durée de la relation, l'attraction pour le partenaire, le nombre de partenaires sexuels à ce jour, la fréquence des RS dans les trimestres subséquents, le désir sexuel comparé avec les données avant la grossesse, les positions sexuelles préférées par les femmes enceintes, la satisfaction sexuelle et l'évaluation de la qualité de la vie sexuelle (FSFI). Pour l'évaluation de la relation au partenaire: investigation de la satisfaction des femmes concernant leur relation, évaluation du partage des sentiments et des activités du partenaire et observation des expressions des émotions positives à l'égard de leur partenaire. ➤ Femmes divisées selon la parité et FS évaluée selon deux groupes d'âge (18-30 et 31-45 ans).

Résultats principaux synthétisés	<u>FS</u> : changements dans tous les paramètres du FSFI au cours de la grossesse indépendamment de la parité ($p=0,0001$) et les scores les plus bas sont rencontrés au troisième trimestre (assez bas pour parler de dysfonctionnement sexuel).	
	<u>Fréquence des RS</u> : diminution chez les femmes enceintes par rapport à avant la conception ($p<0,000001$).	
	<u>Désir sexuel</u> : diminution pendant la grossesse et par rapport à avant la conception ($p=0,0004$).	
	<u>Satisfaction sexuelle</u> : les sensations des femmes liées à la satisfaction de leurs besoins changent significativement pendant la grossesse ($p<0,000001$). Au cours des trimestres, les femmes qui se disent satisfaites sont 85.7% au premier trimestre, 79,8% au deuxième trimestre, et 67,9% au troisième trimestre. La satisfaction sexuelle ne dépend pas uniquement des contacts sexuels mais est liée à d'autres formes d'activité sexuelle, comme la tendresse, le toucher, la chaleur et la proximité émotionnelle. Les femmes enceintes se sentent satisfaites sexuellement lorsque leur partenaire est satisfait.	
	<u>Influence sur la sexualité</u> : diminution du désir sexuel ($p=0,00007$), réticence du partenaire ($p=0,002$) et changements physiques liés à la grossesse ($p=0,03$).	
	Les sensations les plus fréquemment rencontrées : inconfort/douleur vaginale, douleur abdominale basse et mouvements fœtaux (MF) augmentés (les pourcentages augmentent au cours des trimestres ultérieurs de manière significative uniquement pour les MF). ➤ L'inquiétude pour le bien-être de l'enfant est annoncée comme principale cause de l'abstinence sexuelle par la majorité des femmes	
	<u>Pratiques sexuelles</u> : changement des positions pour diminuer les dyspareunies. Les femmes préfèrent la position latérale (valeur statistiquement significative directement proportionnelle à la progression de la grossesse) par rapport aux positions du missionnaire classique ou inversé.	
	Points forts : critères d'inclusion bien précis, investigation du rôle du partenaire et étude faite suivant l'âge et la gestité.	
Critique générale	Points faibles : exclusion grossesses gémellaires et mères célibataires, absence d'investigation par rapport à des éventuels antécédents d'abus sexuels et de la présence d'infection génitale. Pas de surveillance précise de la prise de poids durant la grossesse (pas d'investigation possible sur l'effet que peut avoir une prise de poids excessive sur les comportements sexuels).	
Ethique	Étude approuvée par le comité de bioéthique de l'université médicale de Silésie à Katowice, en Pologne.	

4.1.2 The Effect of Sex Education on the Sexual Function of Women in the First Half of Pregnancy : A Randomized Controlled Trial

Titre	The Effect of Sex Education on the Sexual Function of Women in the First Half of Pregnancy : A Randomized Controlled Trial	
Publication	J Caring Sci: Journal of Caring Sciences (2012)	
Auteurs, lieu	Afshar, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Merghati-Khoei, E.S. & Yavarikia, P. Iran	
Type d'étude	Essai multicentrique randomisé en deux groupes parallèles.	
Population	88 femmes enceintes (groupes hétérogènes: caractéristiques démographiques et de la reproduction similaires).	
	Critères d'inclusion : stade de grossesse (8-14 semaines d'aménorrhée), habite avec le conjoint et alphabétisée.	Critères exclusion : contre-indication médicale aux RS (selon l'étude MAP, fausse couche (FC), col utérin raccourcit, grossesse gémellaire), problème sexuel non traité, toxicomanie, maladie mentale ou physique, expérience d'un événement désagréable dans les trois derniers mois, grossesse pas menée à terme.
Objectif(s)	Déterminer l'efficacité des cours d'éducation sexuelle au cours de la grossesse sur la FS des femmes enceintes.	
Méthodologie	<p>Les couples sont répartis au hasard dans deux groupes assistant à deux cours de 60 minutes au sujet de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Groupe d'intervention : cours d'éducation sexuelle <ol style="list-style-type: none"> a. Première session comprend : physiologie sexuelle (organes sexuels et zones érogènes) et réponses sexuelles. <ol style="list-style-type: none"> i. Distribution des brochures pédagogiques et du numéro téléphonique auxquels les professionnels ont répondu aux éventuelles questions du couple. b. Deuxième session inclut : impact de la grossesse sur le comportement sexuel, pratiques sexuelles pendant la grossesse, santé sexuelle et réponses aux questions sur des préoccupations communes liées au sexe. 2. Groupe de contrôle : cours de nutriments au cours de la grossesse <p>Les couples répondent aux questionnaires (questions démographiques, des habitudes sexuelles, du FSFI et de la sexualité au cours de la grossesse) en se référant à leurs sexualité au cours de quatre dernières semaines: la première fois avant le début des cours et ensuite quatre semaines après la dernière séance.</p>	

Résultats principaux synthétisés	<p><u>ES</u>: pas de différence dans les scores entre les deux groupes avant la formation. Après la formation seul le groupe ayant reçu les cours d'éducation sexuelle a une augmentation significative du score total du FSFI (avec augmentation de chaque score individuel de la FS).</p>	
	<p><u>Connaissances au préalable</u>: environ la moitié des participants dans chaque groupe dit ne jamais avoir eu d'informations sur la sexualité pendant la grossesse.</p>	
	<p><u>Activités sexuelles</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avant la formation: quatre couples du groupe d'intervention et six dans le groupe témoin n'ont pas d'activité sexuelle (différence statistiquement non significative) - Après la formation: aucun couple dans le groupe d'intervention et huit dans le groupe de contrôle n'ont pas d'activité sexuelle ($p=0,005$). <p>Aucune différence significative entre les groupes avant et après la formation concernant les pratiques telles que baisers, fellation et sexe anal.</p> <p><u>Positions sexuelles</u>: avant les sessions de cours, le questionnaire classique est la position la plus pratiquées (environ 50%). Après les sessions de cours, cette valeur est nettement inférieure dans le groupe d'intervention (15% contre 45% dans le groupe de contrôle ($p=0.002$)). Après la formation 41% des femmes du groupe d'intervention utilise la position du missionnaire inversé pendant le coït contre 9% dans le groupe de contrôle ($p=0.001$).</p>	
Critique générale	<p>Points forts : utilisation de photos, modèles de corps humain et brochures éducatives et proposition des conseils outils à donner aux patientes (positions conseillées et rapport à éviter).</p>	<p>Points faibles : limitation de la liberté d'expression des femmes en Iran et tabou sur le sujet de la sexualité (incertitude sur la véracité des réponses), manque d'une évaluation de l'activité sexuelle avant la grossesse, manque d'investigation concernant le point de vue des partenaires.</p>
Éthique	<p>Selon les auteurs, aucun problème éthique n'est signalé.</p>	

4.1.3 Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image : A Prospective Study

Titre	Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image : A Prospective Study
Publication	J Sex Med : The Journal of Sexual Medicine (2008)
Auteurs, lieu	Pauls, R. N., Occhino, J. A. & Dryfhout, V. L. <u>Etats-Unis</u>
Type d'étude	Etude de cohorte prospective qualitatif et quantitatif
Population	63 femmes enceintes répondant aux critères d'inclusion Critères d'inclusion : recrutées au cours du premier trimestre, langue anglaise, accouchement dans un des deux sites hospitaliers de l'étude et consentement éclairé signé.
Objectif(s)	(I) Évaluer prospectivement les effets de la grossesse sur la FS et (II) explorer les facteurs étiologiques des altérations de LA FS (p.ex.: image corporelle et symptômes du plancher pelvien).
Méthodologie	Questionnaires remplis à trois moments de la période périnatale : pendant le premier trimestre, le troisième trimestre et six mois après l'accouchement. Structure du questionnaire : <ul style="list-style-type: none"> - Choix multiples basés sur les informations démographiques, les pratiques sexuelles¹⁹ et les obstacles à la vie sexuelle²⁰. - Cinq questionnaires validés : FSFI, BESAQ²¹ (évaluation de l'image corporelle au cours des activités sexuelles), UDI²² (problèmes urinaires), IIQ-7²³ (impact des incontinences urinaires sur la qualité de vie) et FIQOL²⁴ (impact des incontinences fécales sur la qualité de vie).
Résultats principaux	FS : les scores du FSFI sont 28.37, 23.52 et 24.61 respectivement au premier trimestre, troisième trimestre et six mois PP (p=0.017). Les domaines du FSFI les plus touchés au PP sont l'orgasme et la douleur.

¹⁹ Baisers, stimulation des seins, stimulation orale, pénétration vaginale, pénétration anale, et masturbation.

²⁰ Fatigue, nausées, peur de blesser le bébé / grossesse, douleurs vaginales, sécheresse vaginale, saignements vaginaux, laxité vaginale, fuites d'urine, fuite de gaz ou de selles, sentiment de manque d'attrait pour partenaire, et «mon médecin m'a dit de ne pas».

²¹ The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire

²² Urogenital Distress Inventory

²³ Incontinence Impact Questionnaire

²⁴ Fecal Incontinence Quality of life Scale

synthétisés	<p>Pas de résultats significatifs pour la corrélation entre FSFI et les facteurs socio-démographiques²⁵ ou gestationnels²⁶. Cependant les scores les plus élevés du FSFI ont été rencontrés chez les femmes césariées et les plus bas chez celles ayant eu un AVB.</p> <p><u>Activité sexuelle</u> : elle diminue au cours de la grossesse mais est récupérée à six mois PP (p=0,0005). La fréquence la plus élevée concerne la période préconceptionnelle et cette valeur n'est pas récupérée à six semaines PP (p<0,0005).</p> <p>La fréquence des baisers, des préliminaires et des coïts reste stable au cours de la grossesse et celle des caresses des seins, de la masturbation et des rapports oraux diminue (seule valeur significative (p=0.04) : diminution des rapports oraux au troisième trimestre).</p> <p><u>Reprise des RS</u> : pour 61% des femmes, elle a lieu entre six semaines et trois mois après l'accouchement. Le 29% des femmes deviennent sexuellement actives avant les six semaines PP.</p> <p><u>Image corporelle</u> : la modification du BESAQ est significative uniquement à six mois PP, quand sa valeur est au plus bas (l'altération de l'image corporelle est alors maximale (p=0.01)). Le poids et le BMI augmentent au troisième trimestre, un retour aux valeurs du premier trimestre est constaté à six semaines PP.</p> <p>Le FSFI a été corrélé au BESAQ pendant le premier trimestre (p<0.0005) et au UDI pendant le PP (p=0.002). La FS diminue avec les symptômes urinaires et l'altération de l'image personnelle.</p> <p><u>Obstacles à l'activité sexuelle</u>: douleur vaginale au troisième trimestre (p<0,001) et sentiment de manque d'attrait pour le partenaire au PP (p<0,001). Le 15% des femmes au premier trimestre et le 49% au troisième trimestre craignent que l'activité sexuelle nuise au bébé ou à la grossesse.</p>		
Critique générale	Points forts : étude prospective avec données démographiques, utilisation de questionnaires validés et reconnus, inclusion de l'impact de l'image corporelle et des dysfonctions urinaires.	Points faibles : suivi précoce (abandon du 41% des participantes), échantillon peu représentatif de la population générale (données démographique différentes de la moyenne nationale) et manque d'informations avant la grossesse.	
Ethique	L'étude est approuvée par la commission des institutions dans lesquelles elle a été réalisée.		

²⁵ Age, état matrimonial, Indice de la Masse Corporelle (IMC), origine ethnique, emploi et éducation.

²⁶ Parité, mode d'accouchement, épistiotomie ou lacérations, sexe du fœtus, poids fœtal, contraception hormonal et l'allaitement

4.1.4 The Effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual Satisfaction in Primiparous Women and Their Husbands

Titre	The Effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual Satisfaction in Primiparous Women and Their Husbands	
Publication	J Sex Med : The Journal of Sexual Medicine (2009)	
Auteurs, lieu	Safarinejad, M. R., Kolahi, A. A. & Hosseini, L. Iran	
Type d'étude	Prospective qualitative et quantitative	
Population	912 femmes enceintes (âge moyen 26 ± 2) et leurs partenaires.	
	Inclusion : primipare, grossesse unique, grossesse à faible risque obstétrical, enfant né vivant à terme, absence d'antécédents particuliers, suivis réguliers, prise de vitamines et fer au cours de la grossesse et FS normale dans tous les domaines évalués avec un suivi d'au moins une année après l'accouchement.	Exclusion : consommation de tabac, alcool ou drogues, présence anomalies fœtales (macrosomie ou retard de croissance fœtal), maladies maternelles chroniques (obésité), grossesse à risques (présentation non céphalique, diabète gestationnel, signes de pré-éclampsie, hémorragie ante-partum, etc.) et présence d'autres critères qui pourraient influencer la sexualité.
Objectif(s)	(I) Évaluer et quantifier les liens entre le mode d'accouchement et l'insatisfaction sexuelle des couples. (II) Comparer les influences des différents mode d'accouchement sur la vie sexuelle du couple.	
Méthodologie	Les couples sont divisés en cinq groupes en fonction du mode d'accouchement : <ul style="list-style-type: none"> - Groupe A, accouchement voie basse spontané (SVD) sans blessures ; - Groupe B, accouchement voie basse avec épisiotomie (VDE) ou déchirure ; - Groupe C, accouchement vaginal instrumenté (OVD)²⁷ ; - Groupe D, césarienne élektive (PCS) ; 	

²⁷ Dans OVD, une épisiotomie est pratiquée régulièrement: la différence entre les groupes B et C se trouve dans la traction exercée sur la tête du bébé.

	<p>– Groupe E, césarienne d'urgence (ECS).</p> <p>Les différents événements sexuels (fréquence, orgasmes, satisfaction, etc.) sont notés dans un journal par les femmes. Les couples répondent séparément à des questionnaires : le FSFI pour elle et l'IIEF²⁸ pour lui. Une évaluation de base est faite à six mois de grossesse puis l'impact du mode d'accouchement sur la FS est évalué chaque mois pendant la première année PP. La qualité de vie est évaluée avec un questionnaire traitant deux grands domaines (santé physique et mentale).</p>
Résultats principaux synthétisés	<p><u>FS</u>: Lien entre le mode d'accouchement et les variables du FSFI. Les femmes du groupe D ont des scores FSFI supérieurs aux autres femmes. Accoucher par forceps entraîne la plus grande diminution des scores du FSFI dans tous ses domaines, avec des troubles de l'excitation, de lubrification et orgasmique.</p> <p><u>Douleurs au cours du premier coït post accouchement</u> : 66.4% des femmes déclarent ressentir des dyspareunies et leur degré de douleur dépend du mode d'accouchement. Les femmes du groupe D ont les plus bas scores de douleur par rapport aux autres femmes. En revanche les femmes du groupe C ont les plus hauts scores de douleur au premier RS (p=0,001) et les accouchements avec forceps ont entraîné des scores de douleur plus élevés par rapport aux accouchements par ventouse (p=0,01). La persistance des dyspareunies à six mois PP sont respectivement de 18,3%, 26,3%, 41,2%, 0%, et 10,8%, dans les groupes A, B, C, D, et E.</p> <p><u>Reprise des RS</u> : à huit semaines PP le pourcentage des femmes qui reprennent les RS varie selon le mode d'accouchement: 42,6% du groupe A, 37,1% du B, 32,7% du C, 64,3% du D, et 38,3% du E.</p> <p>➤ Deux semaines PP : seules les femmes césariennes reprennent les RS.</p> <p><u>Désir sexuel</u> : indépendamment de la période du PP étudiée, les femmes ayant accouché par voie basse présentent les plus grands troubles du désir sexuel. Les femmes du groupe D ont les troubles du désir sexuel les plus faibles à trois mois PP et les plus grands sont rencontrés chez les femmes du groupe C (p=0,001).</p> <p><u>Fréquence des RS</u> : association entre le mode d'accouchement et les tentatives sexuelles hebdomadaires moyennes. À trois mois PP, les tentatives sexuelles moyennes par semaine sont respectivement dans les groupes A, B, C, D et E de 1,8, 1,6, 1,1, 2,4 et 1,6. À une année PP le groupe D présente la plus faible diminution des tentatives sexuelles par semaine. La plus élevée concerne le</p>

²⁸ Indice International de la Fonction Érectile

	groupe C (p=0,001).
	<p><u>FS des partenaires</u> : association significative entre le développement de la dysfonction érectile et l'AVB : 30,4% des maris ont des dysfonctions érectiles à trois mois PP. À cette période ce problème se rencontre le plus souvent chez les hommes du groupe C et le plus rarement chez ceux du groupe D. Un an après l'accouchement, les partenaires des femmes ayant accouché par forceps ont une plus grande réduction du score de la fonction érectile, suivis par ceux du groupe B.</p> <p><u>Satisfaction de la vie sexuelle</u> : pourcentage de satisfaction sexuelle à trois mois PP (respectivement dans les groupes A, B, C, D et E)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chez les femmes : 64%, 58%, 44%, 82% et 62 % ; - Chez les maris : 52%, 47%, 38%, 82%, et 50%. <p>Réduction des scores de satisfaction sexuelle à une année PP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe C : 22,2% chez les femmes et 28,8% chez leurs maris ; - Groupe D : 4,2% chez les femmes et 7,2% chez leurs maris.
Critique générale	<p>Points forts : étude prospective (pas de biais liés aux souvenirs), grande taille de l'échantillon, inclusion des partenaires dans l'étude et de la qualité de vie de manière multifactorielle, méthodologie claire, durée assez importante pour observer des changements, discussion pertinente.</p> <p>Points faibles : étude prospective (possible modification du comportement du fait d'être dans l'étude), sélection des sujets de l'étude (possible biais : peut être peu représentatif de la population générale).</p>
Éthique	Le Comité d'éthique humaine approuve le protocole de l'étude qui est compatible avec les principes énoncés dans la Déclaration d'Helsinki.

4.1.5 Exploring Women's Postpartum Sexuality : Social, Psychological, Relational, and Birth – Related Contextual Factors

Titre	Exploring Women's Postpartum Sexuality : Social, Psychological, Relational, and Birth – Related Contextual Factors		
Publication	J Sex Med : The Journal of Sexual Medicine (2012)		
Auteurs, lieu	Hipp, L. E., Kane Low, L. & Van Anders, S. M. Université du Michigan (USA)		
Type d'étude	Rétrospective, observationnelle (quantitative et qualitative).		
Population	304 femmes enceintes (groupe hétérogène : différents milieux sociaux, scolaires et différents types d'orientation sexuelle).		
	Inclusion : 18 ans, accouchement dans les sept dernières années, partenaire sexuel pendant les trois mois qui ont suivi leur dernier accouchement.	Exclusion : femmes qui ne pratiquaient pas une ou plusieurs des quatre activités sexuelles étudiées par l'article (masturbation, fellation, cunnilingus et pénétration vaginale) avant la grossesse.	
Objectif(s)	(I) Explorer les facteurs en lien avec la vie sexuelle du PP, (II) étendre l'analyse de la sexualité au delà des rapports coïtaux et (III) évaluer le désir et le plaisir sexuel au PP.		
Méthodologie	Questionnaire en ligne basé sur des questionnaires scientifiques validés : QMAALD ²⁹ (vécu de l'accouchement du couple), SDI ³⁰ (perception du désir sexuel), MSPSS ³¹ (investigations du support social), PSS ³² (perception du stress) et BISC ³³ (perception de l'image corporelle). Les variables évaluées sont donc : fatigue, stress, dépression, facteurs relationnels, image corporelle, mode d'accouchement et traumas vaginaux, les hormones et l'allaitement, et comportements sexuels. Deux mesures : <ul style="list-style-type: none"> - Délai avant la reprise des RS ; - Rapports rétrospectifs des femmes sur leur désir sexuel durant la période du PP. 		

²⁹ Questionnaire Measuring attitudes about labor and delivery

³⁰ Sexual Désir Inventory

³¹ Multidimensional Scale of Perceived Social Support

³² Perceived Stress Scale

³³ Body Image Self – Consciousness

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Classification des variables en « augmente le désir » ou « freine le désir » ; ○ Perception du désir du partenaire : investigation sous forme de questions séparées demandant aux femmes des réponses détaillées.
Résultats principaux synthétisés	<p><u>Temps d'attente avant la reprise de chaque activité sexuelle</u> : les pratiques débutent par la fellation, puis la masturbation, la pénétration et enfin le cunnilingus (différence significative ($p<0.001$)).</p> <p>Mais au niveau des chiffres, les femmes qui reprennent une vie sexuelle par le coït sont plus nombreuses que celles reprenant par le sexe oral ou la masturbation ($p<0.005$).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Temps d'attente avant la reprise du coït : 7-8 semaines du PP. <p>Influence la reprise des rapports: vécu de Sans influence sur la reprise des rapports: traumas vaginaux ($p<0.001$), l'accouchement, support social, santé sexuelle du allaitement ($p=0.019$), fatigue ($p=0.030$), stress ($p=0.014$) et image corporelle partenaire et désir du partenaire. ($p<0.001$).</p> <p><u>Plaisir sexuel</u>: plus de plaisir ressenti lors de la masturbation par rapport au coït ($p=0.002$) ou des rapports oraux ($p=0.010$).</p> <p><u>Initiative à l'activité sexuelle</u> : le partenaire initie le premier RS au PP ($p=0.005$).</p> <p><u>Désir sexuel</u> : les résultats des chercheurs diffèrent des hypothèses que les femmes ont données comme facteurs majoritairement influents de la sexualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Apparition du désir sexuel à 3-4 semaines du PP. <p>Influence du désir sexuel: fatigue ($p<0.05$), perception du désir du partenaire ($p<0.001$) et présence du partenaire en salle d'accouchement qui influence son propre désir vis-à-vis de sa femme ($p<0.001$).</p> <p>Points forts : différence entre activité sexuelle et désir sexuel, analyse autres pratiques que la pénétration.</p> <p>Points faibles : basé sur les souvenirs, échantillon peu représentatif de la population du PP (femmes célibataire exclues), aucune évaluation sur des éventuelles nouvelles habitudes sexuelles, présentation des résultats parfois difficilement compréhensibles, leurs résultats non significatifs ne sont pas assez développés.</p>
Critique générale	
Ethique	Non mentionnée par les auteurs.

4.2 Analyse critique de la revue de la littérature

Notre analyse critique s'organise en sept thématiques principales nous permettant de répondre à notre question de recherche et aux questions secondaires qui apparaissent tout au long de notre travail. Ces thématiques sont choisies d'une part en fonction de leurs corrélations avec notre questionnement principal et d'autre part pour leurs résultats pertinents et intéressants à discuter.

4.2.1 Étude de la FS en périnatalité

Exceptée l'étude de Hipp et al. (2012), les FS de la femme et de son partenaire sont étudiées dans nos articles. Comme vu dans Étude de la fonction sexuelle (FS) et dépistage des troubles sexuels (p.24), la FS, qui fluctue en période périnatale, est évaluée grâce à The Female Sexual Function Index (FSFI). Galazka et al. (2015) et Pauls et al. (2008) s'accordent à dire qu'elle diminue au long de la grossesse. Les premiers précisent que ce changement est indépendant de l'âge de la patiente ou de sa parité. De leur côté Pauls et al. (2008) rajoutent que les scores de la FS les plus élevés sont rencontrés au premier trimestre et diminuent en fin de grossesse et à six mois PP. Les scores de ces deux dernières périodes suggèrent une dysfonction sexuelle. Pour expliquer cette dévaluation, ils montrent un lien entre le score FSFI et, l'image corporelle³⁴ au cours du premier trimestre et avec les symptômes urinaires au PP. Safarinejad et al. (2009), eux, démontrent que le mode d'accouchement a une influence sur les scores FSFI du PP³⁵. Enfin, Afshar et al. (2012) démontrent que l'éducation sexuelle a elle aussi un impact sur la FS³⁶. Ce dernier résultat est capital pour notre travail en nous permettant d'appuyer le rôle des sages-femmes en santé sexuelle.

³⁴ Abordé dans Image corporelle (p.56).

³⁵ Abordé dans L'impact de l'accouchement sur la vie sexuelle (p.55).

³⁶ Abordé dans Place et rôle des soignants en santé sexuelle périnatale (p.58).

4.2.2 Comportements sexuels des couples en périnatalité

Avoir une vision globale de tous les aspects de la sexualité est difficile car elle est soumise à une influence multifactorielle³⁷. En ce qui concerne la fréquence des RS pendant la grossesse, Galazka et al. (2015) montrent une diminution du nombre de rapports entre la période prégestationnelle et gestationnelle. Leur fréquence diminue au long des trois trimestres de grossesse (valeur p significative uniquement entre le deuxième et le troisième trimestre). Concernant le type d'activité sexuelle, certaines pratiques changent en cours de grossesse. Selon Galazka et al. (2015) la position latérale est souvent préférée aux positions du missionnaire classique ou inversé pour éviter les dyspareunies. En ce qui concerne les différentes activités sexuelles pratiquées³⁸ durant la grossesse, Pauls et al. (2008) démontrent une diminution de la pratique du sexe oral au troisième trimestre.

Galazka et al. (2015) analysent la satisfaction sexuelle de la femme au cours de la grossesse. Malgré la diminution de la fréquence des RS, les femmes se disent sexuellement satisfaites durant ces neuf mois. Ce maintien de la satisfaction est possible grâce aux caresses, aux baisers, etc. Par ailleurs les femmes enceintes déclarent que leur satisfaction sexuelle passe notamment par le fait que leur partenaire soit satisfait. Ces mêmes auteurs se questionnent sur les facteurs freins à la sexualité au cours de la grossesse. Ils soulignent l'importance de la diminution du désir sexuel, la réticence du partenaire et les changements dans la perception de l'image corporelle liés à la grossesse. Les femmes sont très sensibles aux sensations dues à la grossesse : elles se confient sur l'inconfort vaginal, la douleur en bas de l'abdomen, et les MF (qui augmentent avec la progression de la grossesse). Pour finir, la peur de nuire au bien-être fœtal semble être un des premiers freins à l'activité sexuelle. Selon Galazka et al. (2015) c'est une des raisons de l'abstinence au cours de la grossesse. De même, Pauls et al. (2008) constatent que 15% des femmes au premier trimestre craignent qu'une activité sexuelle puisse être néfaste pour la grossesse (au troisième trimestre ce chiffre passe à 49%).

³⁷ Abordé dans Comportements sexuels actuels (p.20).

³⁸ Coït, rapport oral, masturbation, baisers, préliminaire, caresses des seins.

L'étude de Hipp et al. (2012) essaie de comprendre la sexualité du PP en étudiant plusieurs variables d'influence tel que la fatigue, le stress/dépression, les hormones et l'allaitement, les traumatismes de l'accouchement, les facteurs relationnels et l'image corporelle. Ils montrent une différence dans le temps d'attente avant la reprise des différentes activités sexuelles. La fellation et la masturbation sont majoritaires durant les six premières semaines PP par rapport aux coïts et au rapport anal. Ils définissent aussi que les traumatismes vaginaux, l'allaitement, la fatigue, le stress et l'image corporelle n'ont pas d'influence sur la reprise de l'activité sexuelle. Pauls et al. (2008) ajoutent qu'à six mois PP, la fréquence des RS n'a toujours pas récupéré sa valeur maximale (c'est-à-dire préconceptionnelle). Ils soutiennent également que 29% des femmes reprennent une activité sexuelle durant les six premières semaines PP (et 61% entre six semaines et trois mois après l'accouchement). L'étude de Safarinejad et al. (2009) démontre elle aussi l'influence du mode d'accouchement sur la reprise des RS³⁹.

4.2.3 Le désir sexuel en périnatalité : ses fluctuations et ses facteurs d'influence

Composante majeure du score FSFI, le désir sexuel intervient largement dans la FS. Connaître ses fluctuations pendant la grossesse et après l'accouchement est alors essentiel pour parler de santé sexuelle en périnatalité. Galazka et al. (2015) constatent une diminution du désir sexuel au cours des trois trimestres : 50 % des femmes constatent une diminution de leur désir au troisième trimestre. De plus, comme vu dans Étude de la FS en périnatalité (p.52), cela ne dépend pas ni de l'âge ni de la parité des femmes. Toutes les catégories de parturientes sont concernées.

Comme le soulignent Hipp et al. (2012), le désir sexuel est souvent indissocié de l'activité sexuelle ce qui très souvent l'empêche d'être analysé comme facteur influant. Selon ces auteurs, en période du PP le désir sexuel apparaît plus tôt que la pratique du coït. En analysant les facteurs d'influence du désir

³⁹ Vu plus tard dans L'impact de l'accouchement sur la vie sexuelle (p.55)

sexuel, l'étude met en évidence la différence entre l'interprétation des patientes et les résultats réels trouvés par les chercheurs. Le désir du partenaire, les perceptions des femmes quant au désir de leur partenaire et la fatigue sont les principaux facteurs qui influencent le désir sexuel. En revanche, les chercheurs n'ont pas pu l'associer aux autres variables telles que les traumatismes vaginaux, le vécu de l'accouchement, l'allaitement, l'image corporelle, la perception du stress et le soutien du partenaire. Dans leur étude, Safarinejad et al. (2009) établissent un lien entre le mode d'accouchement et le niveau du désir sexuel au PP. La diminution du désir sexuel est plus importante chez les femmes ayant eu un accouchement instrumenté (diminue de 66.8% valeur $p=0.001$). De même, le risque de présenter des troubles du désir sexuel sont plus élevés pour les femmes ayant eu une épisiotomie, un accouchement instrumenté ou une césarienne en urgence (respectivement OR : 2.96, OR : 3.10, OR : 2.0 avec des valeurs $p<0.01$).

4.2.4 L'impact de l'accouchement sur la vie sexuelle

L'impact de l'accouchement sur la vie sexuelle du PP est controversé dans notre revue de littérature. L'étude de Hipp et al. (2012) ne démontrent pas de lien évident entre les traumatismes physiques liés à l'accouchement et la vie sexuelle du PP. Selon leurs résultats, aucune différence significative n'a été prouvée entre les femmes qui ont eu une ou plusieurs interventions de type suture, épisiotomie et celles dont l'accouchement n'a entraîné aucun traumatisme (toutes les valeurs $p>0,158$). Cependant, Safarinejad et al. (2009) constatent eux les effets délétères des accouchements instrumentés ou avec épisiotomie sur la qualité de la vie sexuelle. Nous détaillons leurs résultats dans les deux paragraphes ci-dessous.

Reprise et fréquence des RS après l'accouchement :

L'attente avant la reprise des RS augmente proportionnellement avec le degré traumatique de l'accouchement (64.3% des femmes ayant eu une césarienne électorale ont repris les RS huit semaines après l'accouchement contre seulement 32.7% des femmes ayant accouché avec une instrumentation). Seules certaines femmes césariées reprennent les RS

durant les deux premières semaines. Pour finir, la fréquence hebdomadaire des RS varie selon le mode d'accouchement. Que ce soit à trois mois PP ou un an après l'accouchement, les femmes ayant accouché par césarienne électorive présentent le plus haut taux de RS hebdomadaire moyen⁴⁰. Les plus faibles taux sont retrouvés chez les femmes dont l'accouchement a été instrumenté⁴¹.

Impact de l'accouchement sur la FS des femmes :

Les scores FSFI sont plus élevés pour les femmes ayant accouché par césarienne électorive. Les scores les plus bas sont rencontrés chez les femmes dont l'accouchement a nécessité l'utilisation d'un forceps. Tous les domaines du FSFI sont touchés mais ceux qui subissent une baisse majeure sont l'excitation, la lubrification et l'orgasme. On remarque que 57% des femmes ayant accouché avec instrumentation présentent des troubles de l'excitation sexuelle contre seulement 10,1% pour les femmes ayant accouché par césarienne programmée ($p=0,01$). La douleur ressentie à la reprise des RS est aussi influencée par l'accouchement : 66,4% des femmes déclarent que la reprise des RS est douloureuse et les degrés de douleur diffèrent selon le type d'accouchement. La persistance des dyspareunies à six mois PP est constatée dans tous les groupes excepté celui des femmes dont la césarienne était programmée.

En ce qui concerne la satisfaction sexuelle au troisième mois PP, les femmes ayant accouché par césarienne sont plus nombreuses à être satisfaites de leur vie sexuelle que les femmes ayant un AVB (pour les accouchements instrumentés OR : 4,42 et valeur $p=0,001$). Le pire pronostic concernant la satisfaction sexuelle des femmes et des hommes concernait celles dont l'accouchement a nécessité l'utilisation de forceps.

4.2.5 Image corporelle

Galazka et al. (2015) démontrent que les changements dus à la grossesse au niveau de l'apparence physique influencent négativement le désir sexuel ($p=0.03$). Pauls et al. (2008) constatent une corrélation significative entre

⁴⁰ 2.4 ± 0.6 à trois mois PP et 2.6 ± 0.6 à un an PP

⁴¹ 1.1 ± 0.3 à trois mois PP et 2.0 ± 0.4 à un an PP.

les scores FSFI et le score d'évaluation de l'image corporelle. Ce dernier n'a pas changé de manière significative pendant la grossesse mais se détériore au PP ($p=0,01$). C'est à six mois PP que l'image corporelle est la plus dévalorisée. Les auteurs constatent également que le score de l'image corporelle ne corrèle pas avec l'IMC. Le poids n'est donc pas le seul facteur de l'altération de l'image corporelle. Ces auteurs démontrent que les résultats de la FS s'aggravent avec une image corporelle altérée et avec la présence de symptômes urinaires. En ce qui concerne la sexualité du PP, Hipp et al. (2012) ne trouvent pas de corrélation entre le désir sexuel et l'image corporelle (résultats non significatifs).

4.2.6 La place du partenaire en sexualité périnatale

Hipp et al. (2012) démontrent que le plus souvent ce sont les partenaires qui prennent l'initiative de la reprise des RS ($p=0.005$). On constate une influence significative de la perception du désir des partenaires sur le désir des femmes ($p<0.001$). De plus, les femmes rapportent aussi que la présence de leur partenaire lors de l'accouchement affecte selon elles le désir de leur partenaire envers elles.

Galazka et al. (2015) évoquent la réticence des conjoints aux RS pendant la grossesse comme un facteur influençant la vie sexuelle ($p=0,002$) et Pauls et al. (2008) ajoutent que le sentiment de manque d'attrait de la part du partenaire augmente au PP ($p<0,001$) ce qui impacte directement la sexualité des couples.

Safarinejad et al. (2009) étudient la FS des partenaires en lien avec le mode d'accouchement. Ils constatent alors une diminution des fonctions érectiles en lien avec le degré traumatique de l'accouchement : les scores les plus bas concernent ceux dont l'accouchement a nécessité une instrumentation et/ou une épisiotomie. En ce qui concerne les dysfonctions érectiles (DE), 30,4% des conjoints souffrent de ces troubles sexuels à trois mois PP. Ces dysfonctions augmentent proportionnellement avec le degré traumatique de l'accouchement (les conjoints des femmes qui ont eu une césarienne programmée ont moins de DE par rapport aux autres partenaires).

4.2.7 Place et rôle des soignants en santé sexuelle périnatale

Dans Étude de la FS en périnatalité (p.52), nous avons constaté qu'une éducation sexuelle au cours de la grossesse a une importante influence sur la FS. En effet, l'étude de Afshar et al. (2012) compare les scores FSFI des deux groupes de l'étude⁴² : le score total du groupe d'intervention augmente significativement après la formation ($p < 0.001$). Au contraire, malgré les mêmes scores dans les deux groupes avant la formation, le score total du groupe contrôle ne montre aucune différence après la formation. La moyenne du changement des scores totaux de la FS après l'éducation est significativement plus élevée dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle ($p = 0,02$).

Hipp et al. (2012) affirment que le désir sexuel apparaît vers les 3-4 semaines du PP, période qui coïncide avec la reprise des activités sexuelles (type coït). Les femmes attendent les 7-8 semaines PP pour reprendre les RS tels que la pénétration vaginale. Les auteurs essaient de donner une explication à cette différence : les femmes écouteront les recommandations médicales qui sont d'attendre les six semaines après l'accouchement pour reprendre les RS.

⁴² Le groupe d'intervention reçoit des cours d'éducation sexuelle et le groupe de contrôle des cours d'alimentation pendant la grossesse.

5 Discussion et retour dans la pratique

Notre travail a été, dans un premier temps, d'analyser les comportements sexuels des couples pendant la grossesse et l'année suivant l'accouchement. Les résultats de nos recherches ont mis en évidence une influence multifactorielle sur la sexualité en périnatalité. Certains articles⁴³ soulignent le manque d'informations données par les soignants. Nous avons alors dirigé nos recherches vers l'impact d'une éducation sexuelle en périnatalité. Sur la base de nos recherches, nous avons pu constater une amélioration de la FS chez les couples ayant bénéficié de cours d'éducation sexuelle au cours de la grossesse. Le rôle sage-femme en santé sexuelle périnatale se révèle alors être capital.

5.1 Synthèse des résultats sous forme de thématique

5.1.1 Les sages-femmes et l'information sexuelle

Afshar et al. (2012) démontrent l'effet bénéfique d'une éducation sexuelle prénatale sur la santé sexuelle des couples. Ils soulèvent l'importance d'investiguer le vécu de la sexualité en périnatalité afin de prévenir les troubles sexuels en lien avec la grossesse ou le PP. Lorsqu'une information est donnée, la FS s'améliore. Dans *La sexualité en périnatalité* (p.11), nous soulevons l'importance du rôle que les sages-femmes peuvent jouer en encourageant un échange au sujet de la sexualité. Dans *Soins dans l'intimité* (p.28) nous expliquons leur place stratégique pour aborder ce sujet encore tabou. La périnatalité est en effet une période idéale pour inviter les couples à parler du vécu de leur sexualité. Les sages-femmes accompagnent et écoutent les couples, les rassurent et, s'ils présentent des troubles sexuels, les dirigent vers un spécialiste.

5.1.2 L'intimité des couples le temps de la grossesse

La grossesse a une influence directe sur la FS qui, avec le désir sexuel, diminuent progressivement au cours des trimestres. Galazka et al. (2015) affirment que la fréquence des RS tend elle aussi à diminuer après la

⁴³ Hipp et al. (2012), Safarinejad et al. (2009) et Pauls et al. (2008).

conception d'un enfant notamment à cause des nouvelles sensations⁴⁴ des femmes enceintes. Les études relèvent trois grands freins de la sexualité:

- La diminution du désir sexuel (frein majeur) ;
- La réticence du partenaire qui influence la satisfaction sexuelle des femmes et leur désir ;
- La perception de l'image corporelle qui change pendant la grossesse, la peur de blesser le bébé et les sensations dues à la grossesse.

En revanche, la satisfaction sexuelle est maintenue avec d'autres pratiques telles que les caresses, les baisers, etc (Galazka et al., 2015). Cette satisfaction est aussi renforcée par le plaisir du partenaire : les femmes se disent plus satisfaites sexuellement lorsque la satisfaction du partenaire est maintenue (Hipp et al., 2012).

En ce qui concerne les différences de pratiques sexuelles, Pauls et al. (2008) démontrent uniquement une diminution des rapports sexuels oraux au troisième trimestre de grossesse⁴⁵. En terme de positions sexuelles, pour éviter les dyspareunies, les femmes semblent préférer une position latérale au missionnaire (Galazka et al., 2015).

5.1.3 L'expérience de l'accouchement et son impact sur la sexualité

Au cours de nos recherches nous avons pu constater que l'impact du mode d'accouchement sur la sexualité est controversé. Selon Safarinejad et al. (2009), la FS dans le PP diffère selon le type d'accouchement et le délai avant la reprise des RS augmente proportionnellement avec le degré traumatique de l'accouchement. Selon Pauls et al. (2008), seules les femmes ayant eu une césarienne reprennent les RS à deux semaines PP (à huit semaines PP, les femmes césarisées qui ont repris les RS sont deux fois plus nombreuses que celles ayant accouché avec une instrumentation). Ils démontrent également une qualité de vie sexuelle plus élevée chez les femmes ayant accouché par césarienne élective. L'accouchement instrumenté par forceps présente le plus haut risque de troubles sexuels pour le couple. Hipp et al. (2012) s'opposent à

⁴⁴ Inconfort/douleur vaginal, douleur en bas du ventre et mouvements du fœtus.

⁴⁵ Nous ne connaissons pas les habitudes sexuelles préconceptionnelles.

ces précédents résultats et démontrent que les traumatismes vaginaux n'ont pas d'influence sur le temps d'attente avant la reprise des RS.

L'influence de l'accouchement sur le désir sexuel au PP est elle aussi controversée. Safarinejad et al. (2009) démontrent une diminution du désir sexuel plus importante chez les femmes ayant accouché par forceps ou par ventouse. En revanche Hipp et al. (2012) ne retrouvent pas de lien entre les traumatismes vaginaux et le niveau de désir sexuel. Concernant la sexualité du partenaire, on constate aussi une diminution de la FS selon le mode d'accouchement. Le risque de DE du PP est plus élevé lors d'un accouchement traumatique.

5.1.4 Quelle vie sexuelle pour les jeunes parents ?

Selon les résultats de notre travail, pour plus de la moitié des femmes la reprise des RS après l'accouchement serait douloureuse. L'intensité de cette douleur semble varier selon le mode d'accouchement (Safarinejad et al., 2009). La reprise des rapports est influencée aussi par des facteurs psycho-sociaux divers. Les facteurs physiques tels que l'allaitement, la fatigue, le stress et l'image corporelle n'ont pas d'influence sur la reprise des rapports. Le temps de reprise est aussi différent suivant le type d'activité sexuelle pratiquée et les femmes reprennent plus rapidement avec la fellation et la masturbation qu'avec la pénétration (Hipp et al., 2012). Indépendamment du moment de la reprise, la fréquence des RS à six mois PP est encore inférieure par rapport à la fréquence préconceptionnelle (Pauls et al., 2008). Ce résultat attire notre attention, nous nous interrogeons sur l'influence que peut avoir le «désir d'un enfant» sur la fréquence des RS préconceptionnels.

On constate au PP, une dissociation entre le désir sexuel et la reprise des RS. Le désir sexuel apparaît à 3-4 semaines PP alors que les RS reprennent vers les 7-8 semaines PP. Les facteurs influents du désir sexuel sont tant psychiques que physiques : selon Hipp et al. (2012), la perception du désir du partenaire⁴⁶ et la fatigue sont les influences majeures. On comprend alors toute l'importance que prennent les facteurs psycho-sociaux et plus particulièrement

⁴⁶ Sa présence en salle d'accouchement influence indirectement : les femmes ressentent que cela impacte le désir sexuel de leur conjoint.

le bien-être des partenaires dans la vie sexuelle du PP. Les traumatismes physiques de l'accouchement ont eux aussi une influence sur le désir (Safarinejad et al., 2009). Les femmes ayant eu une épisiotomie, un accouchement instrumenté ou une césarienne en urgence sont plus à risque de présenter des troubles du désir sexuel. Paul et al. (2008) mettent en évidence le lien entre la diminution de la FS au PP avec les troubles urinaires. Ces auteurs constatent aussi une diminution de l'attrait pour le partenaire au PP, ceci aurait un impact direct sur la sexualité du couple.

5.1.5 Les limites de notre revue de la littérature

Pour discuter des résultats, nous prenons en compte la taille de l'échantillon des études, nous permettant alors de baser notre réflexion sur les résultats les plus significatifs. Même si l'étude de Hipp et al. (2012) s'oppose aux résultats de Safarinejad et al. (2009), son échantillon, diminué de moitié, nous pousse à reconsidérer ses résultats quant à leurs représentations de la population générale. De par les critères d'inclusion et d'exclusion des études, la majorité des échantillons n'est pas représentative de la population générale (exclusion des femmes à risque accru d'accouchement prématuré, femmes porteuses d'une pathologie, etc.).

5.2 Autres apports théoriques

5.2.1 Craintes pendant la grossesse liées à la sexualité

Selon Pauleta et al. (2010) l'activité sexuelle diminue au cours du troisième trimestre pour la moitié des femmes enceintes. Les principales raisons évoquées sont la crainte de «nuire à l'enfant», les dyspareunies, la peur d'une FC ou d'une MAP et les préoccupations des partenaires. Trutnovsky et al. (2006) ajoutent que 62% des femmes ressentent de l'inquiétude chez leur conjoint concernant la sexualité pendant la grossesse. Bartellas et al. (2000) comparent l'inquiétude des femmes et les problèmes avérés liés au RS. Nous constatons alors que les raisons qui inquiètent le plus les femmes ne sont presque jamais en corrélation avec des faits avérés.

Inquiétudes des femmes	Problèmes avérés (absents hors grossesse)
<ul style="list-style-type: none"> – Saignements (57%) – MAP (28%) – Infections (33%) – Rupture prématurée des membranes (RPM) (18%) – Blessure du fœtus (31%) 	<ul style="list-style-type: none"> – Saignements (13%) – Diminution de la lubrification vaginale (37%) – Dyspareunies (22%) – Crampes abdominales (18%) – Infections vaginales (9%) – Pertes d'urines (9%)

5.2.2 Quelles contre-indications aux RS pendant la grossesse ?

Dans La sexualité, encore et toujours un tabou (p.12), nous relevons les rares situations où la sexualité périnatale est abordée par les soignants. Hohlfeld & Marty (2012) affirment que la plupart des recommandations qui contre-indiquent les RS au cours de la grossesse sont incorrectes ou trompeuses. Selon eux, avant 2012 aucune étude n'a su trouver de corrélation entre les RS et une MAP, une RPM ou une infection pendant la grossesse. Nous ne trouvons pas non plus d'étude qui démontrerait aujourd'hui un lien entre MAP et RS. La seule recommandation sur laquelle les soignants s'accordent est la contre-indication aux RS en cas de placenta prævia.

Nous nous interrogeons également sur ce que les recommandations médicales entendent par RS. Les caresses des seins sont pratiquées par la plupart des couples pendant l'acte sexuel⁴⁷ et selon Salmon et al. (1986), la stimulation mamelonnaire favorise la maturation du col de l'utérus. Cette pratique a même été utilisée comme stress-test à la maternité dans les années 1980. Bien que leur étude soit réalisée en fin de grossesse, nous nous questionnons alors sur l'effet d'une stimulation mamelonnaire en cas de MAP.

5.2.3 La rééducation périnéale au PP : une prévention des troubles sexuels

Les traumatismes périnéaux peuvent être à l'origine de dysfonctions sexuelles. Selon Rathfisch et al. (2010), l'épisiotomie et les déchirures périnéales entraînent une diminution de la FS chez les femmes au PP.

⁴⁷ Abordé dans Grossesse et vie sexuelle (p.24)

L'accouchement peut également entraîner un étirement du nerf honteux interne (nerf pudendal). Selon Amarenco et al. (1994), cette atteinte peut être source de troubles sexuels dont le traitement repose entre autre sur une rééducation périnéale adaptée. L'étude de Weirich (2011) réalisée aux HUG montre le bénéfice d'une rééducation périnéale chez des femmes présentant des troubles urinaires. Bien que cette étude ne concerne pas uniquement les jeunes accouchées, les résultats montrent une amélioration des scores FSFI de 37% ainsi qu'une amélioration de l'image corporelle (facteurs influents de la sexualité périnatale). Les sages-femmes peuvent prévenir les troubles sexuels du PP en conseillant une prise en soin du périnée pendant la grossesse. En effet, selon Beckmann & Stock (2013) les massages prénataux du périnée diminuent la probabilité de lésions périnéales. En tant que promotrice de la santé sexuelle, les sages-femmes se doivent également de reconnaître les situations à risques (travail long, accouchement difficile, épisiotomie, déchirure) pour ainsi assurer un suivi PP adapté à chaque femme.

5.3 Un retour dans la pratique

5.3.1 Les connaissances des sages-femmes : aborder la sexualité et l'assumer.

Dans *De l'intimité au tabou* (p.20), nous soulevons le manque de connaissance des professionnels quant à la sexualité. Sensibiliser les sages-femmes est selon nous un objectif capital pour les institutions de la santé. En maîtrisant les bases de la sexologie et en sachant aborder la sexualité avec les mots justes, les sages-femmes peuvent parfaire leur rôle de promotrice de la santé. Elles peuvent alors devenir les premières interlocutrices des futurs et jeunes parents en matière d'information sexuelle. En tant que futures sages-femmes, nous ne nous estimons pas assez formées pour parler de sexualité. Avant notre travail, nous n'avions pas conscience de l'impact de la périnatalité sur la sexualité et de la sexualité sur la santé en général. Des courtes formations en sexologie (colloques, séminaires, etc.) faciles d'accès, fréquentes et ciblées sur la pratique de terrain semble être selon nous un premier pas vers une optimisation de la prise en soin sage-femme.

A l'issue de ce travail nous sommes conscientes que la recommandation d'éviter les RS les six premières semaines PP ne se basent sur aucun fait scientifique. En ayant trouvé aucun lien entre MAP et RS, il semble donc que de nouvelles recommandations en santé sexuelle périnatale devraient alors être instituées par l'ensemble du corps médical (sages-femmes et médecins).

5.3.2 Offrir à tous les couples la possibilité de s'exprimer librement

Selon nous le défi actuel des sages-femmes est de promouvoir la santé sexuelle chez tous les couples rencontrés en périnatalité. Les consultations sont le cadre idéal pour aborder la sexualité. Les sages-femmes sont alors en intimité avec les femmes (ou les couples) ce qui leur laisse alors plus de chance de se confier. Intégrer le vécu de la sexualité dans l'anamnèse systématique réalisée lors d'une consultation de grossesse permettrait d'ouvrir la discussion avec tous les couples ou du moins de les inviter à réfléchir à leur vie sexuelle. Concernant les aspects psychiques c'est ici que les sages-femmes peuvent évaluer les connaissances préalables des couples et apporter de nouvelles informations personnalisées. Les cours de préparation à la naissance (en groupe ou individuel) permettent eux aussi d'aborder le sujet. Aborder le sujet de la sexualité lors des cours en groupe donne aux couples l'occasion de partager, d'échanger et de réaliser que leur cas n'est pas isolé. Il est donc intéressant de réfléchir à l'intégration d'un temps de parole dédié à la sexualité : rajouter par exemple trente minutes en plus après deux cours de préparation à l'accouchement permettrait aux sages-femmes d'ouvrir la discussion. Au PP, les sages-femmes se rendent à domicile dans une atmosphère plus intime facilitant la discussion.

Parler de sexualité prend du temps. Nous sommes conscientes que, lors des consultations périnatales, le temps est compté. Cependant, dans *Quelle vie sexuelle après l'accouchement ?* (p.26), nous soulignons la prévalence élevée des problèmes sexuels après l'accouchement. Il semble alors important de réfléchir quant à la prise en charge de ce problème de santé publique. Prévoir un temps consacré à la promotion de la sexualité en périnatalité permettrait alors aux sages-femmes d'informer les couples et, en cas de troubles sexuels, de les adresser à un spécialiste.

5.3.3 La santé sexuelle des couples : prise en soin des partenaires

Notre revue de littérature révèle l'importance du rôle des partenaires dans la sexualité périnatale. En effet il est un des principaux facteurs d'influence de la santé sexuelle des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement. En périnatalité, les hommes n'ont que peu de place pour s'exprimer. Pendant la grossesse, ils sont plus témoins qu'acteurs et l'arrivée de l'enfant suscite chez eux des questionnements, des angoisses ou même de la culpabilité. Or, la santé sexuelle des couples émane des deux partenaires. En périnatalité, l'attention est tournée principalement vers les femmes qui portent l'enfant et qui donnent naissance. Les partenaires peuvent alors se sentir impuissants en ne sachant pas comment les aider durant la grossesse. Bien qu'émergent aujourd'hui des groupes de parole réservés à ces pères en devenir⁴⁸, nous pensons pouvoir, en tant que futures sages-femmes, toujours plus les intégrer. Par exemple, les conseiller quant au soutien de leur femme pendant la grossesse en les invitant à instaurer des moments de détente (massages corporels, massages périnéaux favorisant ainsi l'intimité sexuelle) et de parole (discussions, échanges). Promouvoir la santé sexuelle peut également se faire en salle d'accouchement. Les sages-femmes veillent à la place⁴⁹ des partenaires dans la salle. Elles les préservent des éventuels chocs visuels tels que la vue du sang, la vision du sexe féminin dilaté ou encore de l'épisiotomie. Elles peuvent aussi les guider dans leur rôle pendant le travail et l'accouchement (soutien, encouragements, massages des points gâchettes⁵⁰, etc.). Nous nous interrogeons aussi quand à la pression qui émane de «l'obligation» des pères à assister à l'accouchement. Selon nous, le choix d'être présent lors de la naissance nécessite plus d'investigations et de discussions de la part des sages-femmes. Certains pères pourraient alors s'exprimer quant à certaines appréhensions. Concernant la prise en soin des jeunes pères, nous n'avons pas trouvé de groupes de parole suisses leur étant

⁴⁸ «Moi.. (bientôt) père!» à L'arcade sages-femmes de Genève, «Futur Papa» au CHUV...

⁴⁹ La place au sens localité : être placé à côté de leur femme éviterait aux partenaires d'assister à la distension du périnée.

⁵⁰ Régions du corps dont les massages énergiques permettent une libération d'endorphines, diminuant ainsi la sensation de douleur.

réservé. Ces échanges pourraient, selon nous, être propices à l'information sexuelle permettant aux partenaires de se confier dans la période du PP.

5.3.4 Promotion et prévention de la santé sexuelle périnatale

En créant un lien de confiance avec les couples, les sages-femmes peuvent adapter leurs informations aux couples et dépister les dysfonctionnements sexuels. Bien conscientes du coût qu'elle pourrait représenter pour les institutions de la santé, l'intégration des cours d'éducation sexuelle au suivi périnatal représente selon nous un avenir concret pour la promotion de la santé sexuelle. Les sages-femmes peuvent aborder les changements physiques de la sexualité pendant la grossesse (fluctuation de la libido, sécheresse vaginale, nouvelle morphologie physique) et donner des conseils pratiques (utilisation de lubrifiant, nouvelles positions). De nombreuses femmes ont encore une image abstraite de leur anatomie qui est souvent faussée par de fausses croyances. Permettre aux femmes de voir et de comprendre leur anatomie au cours de la grossesse assure selon nous une diminution des peurs liées à la reprise des RS ainsi qu'une meilleure image de leur corps. En plus de prévenir les lésions périnéales, les massages périnéaux permettraient aux futures mères de prendre contact avec leur corps, leur intimité. Proposer aux jeunes accouchées d'observer leur sexe dans un miroir est une pratique encore peu courante chez les sages-femmes. Rendre cette proposition systématique permettrait aux femmes d'avoir une image réelle de leur périnée. Dans un contexte culturel qui valorise la minceur, l'image corporelle tient une place importante et très influente dans la vie des femmes, et plus encore vis-à-vis de leur sexualité. Selon nous, soutenir l'image corporelle des patientes est aujourd'hui capital dans la prise en soin périnatale. Les sages-femmes peuvent certes dispenser des conseils alimentaires et promouvoir l'activité physique mais selon nous, leur rôle premier est de valoriser la femme et son corps. Elles doivent permettre aux jeunes mères de se réapproprier leur corps, de retrouver leurs sensations. Elles peuvent alors conseiller les massages, les aider à trouver du temps pour elles leur permettant de prendre soin de leur corps. Dans leur discussion Hipp et al. (2012)

soutiennent que les femmes qui se perçoivent séduisantes ont des RS plus fréquents, avec un plaisir sexuel augmenté et une diminution des dyspareunies.

Au PP, la prévention des troubles sexuels peut être explicite (de par des discussions ouvertes à la sexualité) mais aussi implicite. Une rééducation périnéale de base (conseils pratiques, exercices simples), donnée à toutes nouvelles mères avant le retour à domicile, semble alors être un moyen de promouvoir la santé sexuelle. Investiguer systématiquement le vécu de l'accouchement avec les couples et reconnaître les accouchements traumatiques intervient directement dans la prévention des dysfonctions sexuelles du PP. Les sages-femmes aident les couples à se retrouver en tant qu'amants dans leur nouvelle organisation familiale. Elles reconnaissent la fatigue du PP et transforment cet obstacle à l'intimité des couples en une opportunité (détente à deux, siestes, activité sexuelle comme moment de détente). En repérant les troubles sexuels, les sages-femmes peuvent prévenir d'autres problèmes tels que la dépression, la violence et les problèmes conjugaux. Aborder le sujet de la sexualité durant cette période permettrait d'avoir une approche globale des deux partenaires et donc de comprendre la dynamique familiale qui entourera l'enfant.

5.3.5 Nouvelles perspectives

Nos études ne se basent que sur la période périnatale. Nous ne pouvons comparer les résultats avec la sexualité des couples avant la grossesse, avant l'arrivée du «désir d'enfant». Une étude rétrospective, sur le long terme, serait alors pertinente. Elle permettrait une diminution des biais d'interprétation⁵¹ et une analyse plus fine des modifications de la sexualité en périnatalité. Il serait pour nous intéressant d'étudier l'impact d'une éducation sexuelle dispensée par les sages-femmes lors d'un suivi prénatal en Suisse. La FS pendant la grossesse et la première année suivant l'accouchement serait alors analysée permettant ainsi d'appuyer le rôle des sages-femmes en tant que

⁵¹ Les couples qui cherchent à avoir un enfant auront une sexualité plus fréquente. De ce fait les résultats que nous avons dans notre revue de la littérature peuvent être influencés.

promotrices de la santé. Concernant le manque de connaissances des soignants, il serait intéressant d'envisager une enquête visant à évaluer les connaissances actuelles des sages-femmes et des gynécologues en sexualité périnatale. Une adaptation des formations de base bachelor serait alors envisageable selon les résultats obtenus.

5.4 Les forces et faiblesses de notre travail

5.4.1 Les forces

Nous avons réussi à aborder les principaux aspects de la sexualité et à traiter l'activité sexuelle au sens large. Notre revue de littérature traite différentes pratiques sexuelles autres que la pénétration : masturbation, rapport oral et anal, pratique des préliminaires (baisers, caresses au sein etc). De plus, nous avons su différencier activité sexuelle et désir sexuel, nous permettant de connaître l'origine exacte des troubles sexuels périnataux.

Notre revue de littérature étudie les comportements des couples et pas seulement des femmes. Il en ressort ainsi le rôle capital des partenaires. Cette vision globale de la santé sexuelle était essentielle à notre travail.

Certes l'aspect multidimensionnel de la sexualité humaine nous a posé quelques problèmes dans la direction de nos travaux de recherche mais elle nous a permis d'élargir nos perspectives et d'éveiller notre curiosité professionnelle sur d'autres sujets.

5.4.2 Les faiblesses

Une thématique complexe

La sexualité est liée aux comportements affectifs et intimes des êtres humains. Elle est propre à chaque individu et l'étudier demande de larges investigations. Aborder tous ses aspects en détail s'est avéré être un travail complexe et quasi-impossible. Ainsi nous avons dû établir des priorités dans ce que nous voulions aborder afin d'exposer des résultats parlants et utiles à la pratique sage-femme. Les résultats des différents articles scientifiques étudiés sont souvent contradictoires et ces études se basent sur les paroles et souvenirs des patientes. Il est alors difficile de trouver des réponses scientifiques claires.

Les résultats obtenus ne concernent que les couples hétérosexuels. Nous sommes conscientes que «le couple» ne se résume pas au duo homme-femme mais, le contexte culturel hétéro-centré implique que les rares études de la sexualité périnatales ne concernent que les couples hétérosexuels. Nous n'abordons pas non plus le thème des familles monoparentales et leur vécu de la sexualité lors de la conception d'un enfant.

Il a également été difficile d'évaluer les changements dans les pratiques sexuelles car nous savons qu'elles dépendent intimement des pratiques prégestationnelles, qui n'étaient malheureusement que très rarement mentionnées dans nos études. Selon nous, il aurait été intéressant de s'interroger sur les éventuelles nouvelles pratiques sexuelles des couples pendant la grossesse. De plus, quand les auteurs nous parlent de dyspareunies, l'exclusion des infections génitales n'est pas spécifiée et ceci pourrait représenter un biais d'analyse.

Un travail de recherche compliqué

La sexualité est un thème difficile à étudier tant qualitativement et quantitativement. Certes, la littérature scientifique propose un très grand nombre d'articles à ce sujet mais très peu ciblent concrètement notre thématique. Nous avions dans l'idée d'étudier l'impact d'une information sexuelle en santé périnatale mais la littérature scientifique est très pauvre à ce sujet.

Le contexte des articles trouvés nous a également posé problème. En effet, la date de sortie était parfois trop ancienne (avant les années 1990) et le lieu de réalisation de l'étude ne correspondait pas souvent à notre pratique sage-femme suisse. Beaucoup d'études ont été réalisées en Afrique ou au Moyen-Orient dont les contextes sociaux diffèrent en de nombreux points de la société occidentale. Même si la sexualité dépend intimement du contexte social dans lequel vit l'individu, nous n'avons pas pu exclure ces études de notre revue du fait de la pertinence de leurs résultats. Comme leurs auteurs, nous restons conscientes de l'incertitude sur la véracité des réponses (la liberté d'expression des femmes reste limitée et leur sexualité reste taboue).

Référencer les propos que nous avançons dans le cadre théorique s'est avéré être également compliqué. En effet, il existe beaucoup d'ouvrages concernant la sexualité mais très peu d'auteurs assurent leur propos en citant des études scientifiques. Nous avons donc essayé de nous appuyer sur les auteurs présentant une expérience professionnelle pouvant soutenir les éléments avancés⁵².

5.5 Quelques inspirations tardives

- Notre étude des comportements sexuels périnataux s'est focalisée sur les situations physiologiques. Nous nous sommes alors plusieurs fois questionnées sur le vécu de la sexualité lors de grossesses à risques ou lors de situation de deuil périnatal (accouchement prématuré, mort-in-utéro, handicap). Plus largement, la relation de couple lors de situations difficiles nous interpelle.
- Dans notre travail, nous avons démontré l'importance du rôle du partenaire. Lors de nos recherches nous avons pu constater que de plus en plus de moyens sont mis en place pour améliorer sa prise en soin en période périnatale. Le rôle sage-femme dans l'intégration des pères en périnatalité aurait été selon nous un sujet intéressant à traiter.
- Pour finir la rééducation périnéale et ses effets sur la FS est un point qui a lui aussi largement retenu notre attention. Ceci nécessiterait, selon nous, de nouvelles recherches afin de sensibiliser toujours plus les soignants.

⁵² Par exemple : ouvrages réalisés ou en collaboration avec Pr. Bianchi-Demicheli (médecin adjoint-agrégé responsable de la Consultation de Gynécologie psychosomatique et Médecine sexuelle aux HUG), Pr. Sylvain Meyer (gynécologue-obstétricien et professeur titulaire en urogynécologie et chirurgie réparatrice du plancher pelvien au CHUV) et Laure Mourichon (kinésithérapeute spécialisée en urogynécologie et sexologie).

6 Conclusion

La sexualité fait partie du quotidien des individus et l'épanouissement sexuel joue un rôle prépondérant dans la santé et le bien-être de l'être humain. La sexologie, science pluridisciplinaire, connaît actuellement un véritable essor et le concept de santé sexuelle est désormais reconnu. Il est essentiel pour les soignants de reconnaître les perturbateurs potentiels de l'intimité sexuelle. L'arrivée d'un enfant en est un. Beaucoup de couples se préoccupent de l'impact de la grossesse et/ou de l'accouchement sur leur intimité sexuelle mais souvent n'osent pas en parler. Bien que la sexualité soit omniprésente dans notre société actuelle, un malaise persiste lorsque le sujet est abordé et ce, même pour le corps médical. Dans la relation soignant-soigné(e), la question du vécu de la sexualité est rarement évoquée. L'intimité sexuelle des couples pendant la grossesse et au PP n'est presque jamais abordée par les sages-femmes. Le manque de temps et de connaissances sont les deux principaux facteurs de ce silence. En tant que futures professionnelles, nous avons voulu réfléchir à cet aspect de notre profession en nous questionnant : quels sont les facteurs influents de la sexualité périnatale et comment améliorer le rôle sage-femme en santé sexuelle ? Nous avons d'abord cherché à connaître les différents comportements sexuels des couples en périnatalité puis nous avons réfléchi à l'impact que peuvent avoir les sages-femmes en santé sexuelle périnatale.

A travers l'analyse des cinq articles sélectionnés et grâce à des recherches complémentaires, nous avons pu mettre en évidence les fluctuations de la sexualité des couples en périnatalité mais aussi ses principaux facteurs d'influence. La baisse du désir sexuel, la réticence du partenaire et les modifications physiques du corps féminin entraînent une diminution de l'activité sexuelle des couples pendant la grossesse. La sexualité du PP ne dépend pas uniquement de l'accouchement mais de nombreux facteurs entrent en jeu. La reprise des RS est complexe à étudier car ses déclinaisons sont diverses et individuelles. Nous avons néanmoins pu constater que la sexualité conjugale s'adapte aux changements physiques. Les couples ont tendance à reprendre une activité sexuelle par des rapports oraux

(fellation). Nous avons également différencié le retour du désir sexuel de la reprise de RS. Le désir sexuel a tendance à revenir avant la reprise des RS et est influencé par la fatigue, par l'altération de l'image corporelle et par les perceptions du ressenti du partenaire. Concernant l'impacte des sages-femmes en santé sexuelle périnatale, nous avons pu constater qu'une éducation sexuelle durant le suivi prénatal améliore la FS. En plus de pouvoir informer et conseiller les couples, les sages-femmes peuvent assurer une rééducation périnéale qui, nous l'avons vu, est bénéfique en santé sexuelle.

Développer la sexologie dans la formation sage-femme de base est selon nous le point de départ pour améliorer la promotion de la santé sexuelle périnatale. Connaître les notions de base en sexualité sensibiliserait les sages-femmes quant à l'importance d'un temps de parole consacré au vécu de la sexualité du couple. Elles seraient alors plus à même d'accueillir les peurs et inquiétudes des femmes et/ou de leur partenaire. Intégrer et informer les (futurs) pères relève aussi du rôle sage-femme et ce, tout au long de la grossesse, à l'accouchement et au PP. Les sages-femmes occupent une place idéale pour accompagner les couples et assurer ainsi une prévention primaire en santé sexuelle périnatale. Certes, il est important d'aborder la sexualité dans la période du PP mais il est selon nous primordial d'assurer une information sexuelle en amont, durant le suivi prénatal. Les sages-femmes peuvent ouvrir un espace de parole lors des consultations ou de la préparation à la naissance pour ensuite faciliter l'échange au PP.

De par son individualité, sa subjectivité et ses tabous, la sexualité reste mystérieuse et de là émane toute la complexité de son étude. La gêne, le malaise et le secret s'inscrivent selon nous dans la définition même de l'intimité sexuelle. Plutôt que de lever les tabous sur la sexualité, les sages-femmes se doivent alors de les accueillir et de les respecter. Ainsi, le vrai défi des sages-femmes n'est pas de vaincre les tabous de la sexualité périnatale mais de les accepter afin d'améliorer l'accompagnement global des couples. A l'issue de ce travail nous espérons avoir ouvert la voie à de nouvelles réflexions permettant ainsi d'enrichir et de développer le rôle des sages-femmes.

7 Bibliographie

- Abecassis, E. (2007). *Un heureux évènement*. Le livre de poche.
- Afshar, M., Mohammad-Alizadeh-Carandabi, S., Merghti-Khoei, E.S. & Yavarikia, P. (2012). *The Effect of Sex Education on the Sexual Function of Women in the First Half of Pregnancy : A Randomized Controlled Trial*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1 (4), 173 – 181.
- Amarenco, G., Kerdraon, J., Albert, T. & Denys, P. (1994). *Neuropathie d'étirement du nerf honteux interne. Ses relations avec l'incontinence urinaire, les troubles anorectaux et génito-sexuels de la femme*. Paris : Contraception, fertilité, sexualité, 22 (4) : 235-238
- Antoine, P. & Lelièvre, E. (2006). *Etats flous et trajectoires complexes: observation, modélisation, interprétation*. Paris : Edition Ined
- Badinter, E. (2010). *Le Conflit : la femme et la mère*. Flammarion : Le livre de poche
- Bajos, N. & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France : pratique, genre et santé*. Paris : La découverte.
- Barbey, M.A. (2012). *Des cigognes à la santé sexuelle : que devient le planning familial ?* Lausanne : Réalités sociales.
- Bartellas, E., Crane, J.M.G., Daley, M., Bennett, K.A. & Hutchens, D. (2000). *Sexuality and sexual activity in pregnancy*. British Journal of Obstetric and Gynaecology, 107 : 964-968.
- Codispoti-Battacchi, O. & De Aloysio, D. (1981). *Gravidanza e sessualità*. Piccin
- Beckmann, M.M. & Stock, O.M. (2013). *Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma*. Cochrane Database, 30 (4)
- Bergstrom-Walan, M.B & Nielsen, H.H. (1990). *Sexual expression among 60-80-year-old men and women : a sample from Stockholm, Sweden*. Journal of Sex reaserch, 27 : 289-95
- Berry, M. (2016). *Joséphine s'arrondit* [DVD]. France : Les films du 24
- Bianchi-Demicheli, F., Ortigue, S. & Abraham, G. (2012). *Sexologie. Naissance d'une science de la vie*. Lausanne : Presse polytechniques et universitaires romandes.
- Bogren, L.Y. (1991). *Changes in sexuality in women and men during pregnancy*. Archives of Sexual Behavior, 1 : 35-45

- Bozon, M. (1991). *La nouvelle place de la sexualité dans la composition du couple*. Sciences sociale et santé 9(4):69-88
- Bozon, M. (2008). *Pratiques et rencontre sexuelles: un répertoire qui s'élargit*. In Bajos, N. & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France : pratique, genre et santé*. Paris : La découverte, 13 : 273-295
- Bozon, M. (2008). *Premier rapport sexuel, première relation: des passages attendus*. In Bajos, N. & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France : pratique, genre et santé*. Paris : La découverte, 7 : 117-147
- Bozon, M. & Giami, A. (1999). *Présentation de l'article de John Gagnon*. Le Seuil: Actes de la recherche en sciences sociales. Sur la Sexualité. 128 : 68-72
- Bozon, M. & Le Van, C. (2008). *Orientations en matière de sexualité et cours de la vie. Diversification et recomposition*. In Bajos, N. & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France : pratique, genre et santé*. Paris : La découverte, 24 : 529-543
- Brody, S. (2010). *The relative health benefits of different sexual activities*. The journal of Sexual Medicine, 7 : 1336–1361
- BVA (Institut d'études de marché et d'opinion). (2000). *Les couples face à leur sexualité* [en ligne] (page consulté en septembre 2015). Accès: http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/496/fichier_sexualite0300_c1026.pdf
- Campagna, N. (2011). *L'éthique de la sexualité*. Edition : la musardine, Paris
- Chivers, M.L., Pittini, R., Grigoriadis, S., Villegas, L. & Ross, L.E. (2010). *The Relationship between Sexual Functioning and Depressive Symptomatology in Postpartum Women: A Pilot Study*. The journal of Sexual Medicine, 8 (3) : 792-9
- Collier, F. (2015). *Reparler d'éthique de la sexologie?*. Elsevier: Sexologies, 25 (1) : 1-6
- Colson, M. H. (2007). *La sexualité féminine*. Paris : Le Cavalier bleu.
- Cook, R.J., Dickens, B.M. & Fathalla, M.F. (2005). *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and the Law*. Studies in Family Planning, 36 (2) : 168-169

- Costa, R.M. & Brody, S. (2007). *Women's relationship quality is associated with specifically penile-vaginal intercourse orgasm and frequency*. The journal of Sexual Medicine, 33 : 319–27.
- Courtois, C. (1998). *Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches*. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 156 : 613-620
- Davaris, S. (2015, 29 mai). *Dans notre société, la sexualité nous bombarde*. Tribune de Genève. Accès : <http://www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/matiere-sexualite-devenu-possible/story/16683836>
- De Sutter, P. (2009). *La sexualité des gens heureux*. Les Arènes.
- Dejardin, J.Y (2007), *La sexothérapie, quelle thérapie choisir en sexologie clinique?*. Bruxelles : De Boeck, 61-96
- Durkheim, E. (1911). *Débat sur l'éducation sexuelle*. Bulletin de la Société française de philosophie, 11 : 33-47
- Edelstein, R.S., Wardecker, B.M., Chopik, W.J., Moors, A.C., Shipman, E.L. & Lin, N.J. (2014). *Prenatal hormones in first-time expectant parents: Longitudinal changes and within-couple correlations*. Wiley Periodicals, 27 (3): 317-325.
- Engel, G.L. (1980). *The clinical application of the biopsychosocial model*. The American Journal of Psychiatry, 137(5), 535 - 44
- Fabre-Clergue, C. & Duverger-Charpentier, H. (2008). *La sexualité du post-partum*. Elsevier Masson, La Revue Sage-Femme, 7 (6) : 301-304
- Forster, S. (2012). *Education sexuelle : pourquoi? et comment?*. Martigny, Educateur, 2: 1-16
- Gagnon, J.H. & Simon, W. (1975). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. The Sociological Quarterly, 16 (1) : 135-139
- Galazka, I., Drosdzol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M. & Skrzypulec-Plinta, V. (2015). *Changes in the Sexual Function During Pregnancy*. The journal of Sexual Medicine, 12 : 445 – 454.
- Gaussen, S. (2000). *Le guide de l'après l'accouchement*. Albin Michel

- Gerhard, E. (2009). *Difficultés à reprendre les rapports sexuels*. Sage-femme.ch. 5 : 31-33
- Giami, A. (2007). *Santé sexuelle: la médicalisation de la sexualité et du bien-être*. Le Journal des psychologues. 7 : 56-60
- Heril, A. (2012). *Pour allier grossesse désir et plaisir*. Paris : bussièr
- Hipp, L.E., Kane Low, L. & Van Anders S.M. (2012). *Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors*. The journal of Sexual Medicine, 9 : 2330 – 2341.
- Hohlfeld, P. & Marty, F. (2011). *Obstétrique: le livre de l'interne*. Lavoisier: Médecine Sciences
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2009). *La Déclaration des Droits Sexuels de l'IPPF*. Londres
- Jugnon Formentin, L. (2015). *Anatomie du sexe féminin: évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône-Alpes*. Université Claude Bernard Lyon [Mémoire]
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.R. & Martin C.E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. W.B. Saunders Company
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.R., Martin C.E. & Gebhard, P.H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. W.B. Saunders Company
- Leite, A., Campos, A., Cardoso-Diaz, A.R., Amed, A.M. & de Souza, E. (2009) *Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy*. Revista da Associação Médica Brasileira 55 : 563-8
- MacKay, J. (2000). *Atlas de la sexualité dans le monde: similitudes et différences dans les comportements et les valeurs*. Phoenix : Autrement.
- Marieb, E.N. & Hoehn, K. (2013). *Anatomie et physiologies humaines*. ERPI - Le Renouveau Pédagogique Editions: 4ème édition
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual reponse*. Boston : Little Brown
- Mayenga, J.M. (2012). *Sexualité du post-partum*. La lettre du gynécologue, 368-369 : 24-25

- Méan, F., Gervasoni, J.P., Pasquier, N. & Reymond-Darot, S. (2005). *Planning familial : regard sur les prestations de la fondation Profa et de l'Espace Prévention Morges-Aubonne*. Lausanne : raisons de santé, 111
- Meyer, S. (2005). *Osons en parler! Connaitre son intimité, source de plaisir et de désir, gérer et traiter les problèmes d'incontinence*. Lausanne : Favre
- Metz, M.E. & Seifert, M.H. (1988). *Women's expectations of physicians in sexual health concerns*. The Journal of family practice, 7 (3), 141 - 52.
- Monnet, V. & Vos, A. (2006). *Le plaisir féminin*. Université de Genève : dossier sexologie, 81 : 12-27. Accès:
<http://www.unige.ch/presse/campus/pdf/c81/dossier.pdf>
- Mourichon, L. (2012). *Sexualité. Maternité. Paroles de femme*. Paris : Robert Jauze.
- Muise, A., Schimmack, U. & Impett, E.A. (2015). *Sexual Frequency Predicts Greater Well-Being, But More is Not Always Better*. Social Psychological and Personality Science, 7(4) : 295-302
- Nguyen, A. & Carbonne, B. (2012). *Sexualité pendant la grossesse*. La Lettre du Gynécologue, 368-369
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Santé sexuelle*. [en ligne] (page consulté en septembre 2015). Accès :
http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- Paquereau, A. (2011). *Les dyspareunies du post-partum*. Université Angers [Mémoire]
- Pauleta, J. R., Pereira, N. M. & Graça, L. M. (2010). *Sexuality During Pregnancy*. The journal of Sexual Medicine. 7 : 136–142
- Pauls, R.N., Occhino, J.A. & Dryfhout, V.L. (2008). *Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: A Prospective Study*. The journal of Sexual Medicine, 5 : 1915-1922.
- Pasini, W. (1991). *Eloge de l'intimité*. Paris: Edition payot et rivages
- Perel, E. (2013). *Intelligence érotique : faire (re)vivre le désir dans le couple*. Pocket

- Placido Lima Leite, A., Campos, A.A.S., Dias, A.R.C., Amed, A.M. & De Souza, E. (2009). *Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy*. Revista da Associação Médica Brasileira, 55(5) : 563-8
- Radio Télévision Suisse (RTS). (2012, 12 juin). *On en parle : sexe et grossesse par Patricia Anex*. [Podcast audio]. Accès : <http://www.rts.ch/play/radio/on-en-parle/audio/sexe-et-grossesse?id=4042144>
- Rathfisch, G., Dikencik, B.K., Kizilkaya Beji, N., Comert, N., Tekirdag, Al. & Kadioglu, A. (2010). *Effects of perineal trauma on postpartum sexual function*. Blackwell Publishing Ltd, 66(12) : 2640-9
- Recordon, N. & Köhl, J. (2014). *Sexothérapie des dysfonctionnements sexuelles*. Lausanne : Revue médicale Suisse, 651-653
- Robson, K.M., Brant, H.A. & Kumar, R. (1981). *Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth*. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 88 (9) : 882-9.
- Safarinejad, M.R., Kolahi, A.A. & Hosseini, L. (2009). *The Effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual Satisfaction in Primiparous Women and Their Husband*. The journal of Sexual Medicine, 6 : 1645-1667.
- Salmon, Y.M., Kee, W.H, Tan, S.L. & Jen, S.W. (1986). *Cervical Ripening by Breast Stimulation*. Obstetrics and Gynecology, 67 (1) : 21-24.
- Savoy, J.Y. (2003). *Couple et aventure: le couple et l'arrivée de l'enfant*. Lausanne : La Paserelle.
- Signorello, L.B., Harlow, B.L., Chekos, A.K., & Repke, J.T. (2001). *Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma : a retrospective cohort study of primiparous women*. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 184 (5) : 881-888
- Szejer, M. & Stewart, R. (1994). *Ces neufs mois là*. Robert Laffont.
- Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U. & Petru, E. (2006). *Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth*. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. 46 : 282-287

- Van der Schueren, B. (2004). *Parler de sexualité à la maternité : tabou ou nécessité ?*. Sage-femme.ch. 3 : 26-29
- Von Sydow, K., Ullmeyer, M. & Happ, N. (2001). *Sexual activity during pregnancy and after childbirth: result from the sexual preference questionnaire*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 22 : 29-40
- Wafo, F. (2014). *Intervenir en éducation à la sexualité: un approche globale*. Revue Education, Santé, Société, 1 (2) : 197-212
- Walliser, P. (2015). *Évolution sexuelle-apprendre à aimer tout au long de la vie*. JustBe - Le magazine de l'acide folique, 4-6
- Walther, H. (2008). *Désir et grossesse*. Edition du Toucan.
- Weigand, E. & Bianchi-Demicheli, F. (2013). *Ma sexualité (femme) : J'ai envie de comprendre*. Genève, Editions Médecine & Hygiène.
- Weigand, E. & Bianchi-Demicheli, F. (2013). *Ma sexualité (homme) : J'ai envie de comprendre*. Genève, Editions Médecine & Hygiène.
- Weinberg, A. (2002). *La libération sexuelle et ses lendemains*. Sciences humaines, 130 (8) : 30-33
- Weirich, A. (2011). *Image corporelle et santé sexuelle chez des patiente consultant pour incontinence urinaire*. (Certificat de formation continue en sexologie clinique). Université de Genève. Accès : <https://www.unige.ch/formcont/files/2914/4830/0704/MemAW.pdf>
- World Association for Sexual Health (WAS). (2014). Declaration of Sexual Rights. Accès : http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf

8 Annexe

8.1 The Female Sexual Function Index (FSFI)

Le «The Female Sexual Function Index» est utilisé pour étudier la FS et dépister donc les dysfonctionnements sexuels. Le questionnaire du FSFI est composé par 19 points regroupés en six domaines :

- I. Désir sexuel (2 questions),
- II. Excitation (4 questions),
- III. Lubrification (4 questions),
- IV. Orgasme (3 questions),
- V. Satisfaction (3 questions),
- VI. Douleur (3 questions).

Chaque réponse reçoit des points ayant de 0 à 5 permettant ainsi de quantifier le score final qui varie entre 2.0 et 36.0 points. Plus le score est faible, majeurs sont les troubles sexuels et inversement. Selon Pauls et al. (2008) le dysfonctionnement sexuel est suggéré par un score total inférieur à 26,5. Galazka et al. (2015) précisent que le dysfonctionnement sexuel est diagnostiqué chez les femmes avec un score inférieur à 26,55 pour l'ensemble des domaines et avec une diminution majeure de 3.9 dans un domaine précis. En effet, le trouble sexuel peut aussi être spécifique et dépendre uniquement d'un seul composant.

Selon Galazka et al. (2015) ce questionnaire est normalisé et ajusté pour la différenciation des dysfonctions sexuelles chez les femmes selon les classifications et les recommandations actuelles. Le FSFI a été validé sur la base du «Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: diagnostics des troubles du désir, de l'excitation et le dysfonctionnement sexuel (quatrième édition)» et sa validité a été prouvée par Pauls et al. (2008) et Leite et al. (2009). Galazka et al. (2015) ont aussi confirmé et prouvé cliniquement sa crédibilité, sa sensibilité, sa fiabilité, sa cohérence interne et sa stabilité ainsi que la reproductibilité des résultats du diagnostic des troubles du désir sexuel, de l'excitation, de la lubrification, de l'orgasme, de la satisfaction et des troubles sexuels liés à la douleur.