

Impact des relations sexuelles sur la modification cervicale et la mise en travail de l'accouchement au terme d'une grossesse à bas risque

Mémoire de Fin d'Etudes Travail Bachelor

Decollogny Carole N° 10643666

Morgantini Lara N° 07340532

Sapino Laetitia N° 09670308

Directrice de mémoire : Nadia Avvanzino - chargée d'enseignement à la HEdS

Experte de terrain : Béatrice Van der Schueren - sage-femme spécialisée en sexologie

Genève, septembre 2013

« Déclaration

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école 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.

Septembre 2013

Decollogny Carole, Morgantini Lara, Sapino Laetitia »

Résumé

Objectif : l'objectif de ce travail est de déterminer l'impact des rapports sexuels sur la modification cervicale et la mise en travail lors de grossesses à terme et à bas risque.

Méthode : cette revue de la littérature a été effectuée sur différentes bases de données ; sept études ont ainsi été sélectionnées et analysées. Elles ont été menées en Afrique, en Asie, aux Etats-Unis et en Europe, entre 1986 et 2009.

Résultats : l'effet de l'action mécanique de la pénétration et l'effet hormonal du sperme n'ont apparemment pas d'efficacité sur la modification cervicale et la mise en travail de l'accouchement. Aucune corrélation entre les orgasmes féminins et la mise en travail de l'accouchement n'a été démontrée, il y aurait même un effet protecteur de ceux-ci. Certains résultats affirment qu'au terme de la grossesse, l'augmentation de la fréquence des coïts accroît l'âge gestationnel à l'accouchement. La stimulation mamelonnaire, par contre, a conduit à une modification significative du score de Bishop et à un taux de mise en travail spontanée plus important dans les groupes l'ayant pratiquée.

Conclusion : les relations sexuelles à terme ne sont pas associées à une maturation cervicale et n'accélèrent pas la mise en travail. Les effets protecteurs de l'orgasme féminin et de l'augmentation de la fréquence des rapports sexuels sont probablement dus au fait que les femmes qui ont toujours une activité sexuelle à terme n'éprouvent pas d'inconforts physiques liés à une mise en travail proche. La stimulation mamelonnaire, au contraire, permet une modification significative du score de Bishop, ce qui promeut la mise en travail ou facilite une éventuelle provocation.

Mots-clés : accouchement, accouchement déclenché, coït, début du travail, éjaculation, grossesse, masturbation, maturation du col utérin, ocytocine, orgasme, prostaglandine, sperme, stimulation des mamelons, stimulation des seins.

Abstract

Objective: the objective of this work is to assess the impact of sexual intercourse on cervical ripening and labor onset in low-risk term pregnancies.

Method: the literature review was performed on different databases, and seven articles were selected and analyzed. These studies were conducted in Africa, Asia, United States and Europe between 1986 and 2009.

Results: the effect of the mechanical action of the penetration and the hormonal effect of sperm were found not to be effective in terms of cervical ripening and labor induction. No correlation between this latter event and female orgasms has been demonstrated, a protective and inhibitory effect on these was identified instead. Some results have established that at the end of pregnancy, a higher frequency of coitus increases the gestational age at delivery. The nipple stimulation has instead demonstrated a significant change in the Bishop score and the highest rate of spontaneous labor in the groups having practiced it.

Conclusion: the results of this review suggest that sexual relationships at term are not associated with cervical ripening and do not have an enhancing effect on labor onset. The protective effects of female orgasm and increase in frequency of sexual intercourse are probably to be ascribed to the fact that women who still have a sexual activity do not experience physical discomfort related to a close labor onset. The nipple stimulation, in contrast, allows for a significant change in the Bishop score, which in turn promotes the labor onset or facilitates a possible delivery induction.

Keywords: breast stimulation, cervical ripening, coitus, delivery, ejaculation, labor induced, labor onset, masturbation, nipple stimulation, orgasm, oxytocin, pregnancy, prostaglandin, semen.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont aidées, soutenues et encouragées pour la réalisation de ce travail :

A **Nadia Avanzino**, notre directrice de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et sa patience.

A **Béatrice Van der Schueren**, pour avoir accepté d'être notre experte de terrain et pour le temps qu'elle nous a consacré.

A **Barbara Kaiser**, la responsable du module, pour ses encouragements lors des moments de doutes et pour ses précieux conseils au début de cette aventure.

Au **Pr Hohlfeld**, au **Dr Boulvain** et au **Dr Chatton**, pour les références d'articles qu'ils nous ont conseillés et les réponses apportées.

Au **Dr Stanczyk**, pour le temps consacré à la traduction d'un article en polonais.

Aux **bibliothécaires** de la Haute Ecole de Santé de Genève, pour l'aide qu'ils nous ont apportée dans la recherche d'articles.

Aux **différents auteurs** qui ont eu la générosité de nous envoyer gratuitement leurs travaux.

A **Béatrice Decollogny** et **Michelle Sapino** pour le temps accordé à la relecture ; à **Sacha Gianini** pour la traduction en anglais de notre résumé.

A **nos familles** ainsi qu'à **Cicio**, **Doudou** et **Titou** pour leur soutien, patience et amour durant ces quatre années de formation.

Abréviations

C

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

CST : Contraction-Stress Test

CU : contraction(s) utérine(s)

D

DdT : dépassement de terme

H

HEdS : Haute Ecole de Santé

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

M

MAP : menace d'accouchement prématuré

O

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OT : ocytocine

P

PG : prostaglandines

R

RS : rapports sexuels ou relations sexuelles

S

SA : semaines d'aménorrhées ou semaines de gestation

StM : stimulation mamelonnaire

Table des matières

1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	10
2. CADRE DE RÉFÉRENCE	15
2.1 Obstétrique	16
2.1.1 La grossesse à bas risque	16
2.1.2 Le terme de la grossesse	16
2.1.3 Le dépassement du terme de la grossesse	16
2.1.4 La mise en travail de l'accouchement	17
Les prostaglandines	18
L'ocytocine	18
La contraction utérine	20
2.1.5 Le score de Bishop	21
2.1.6 Le déclenchement artificiel du travail de l'accouchement	22
La maturation cervicale	23
La provocation	24
2.2 Sexualité	24
2.2.1 La santé sexuelle	26
2.2.2. Le rapport sexuel et la sexualité féminine	27
Historique	27
L'anatomie sexuelle de la femme	28
Le rapport sexuel	30
Le sperme	32
L'éjaculation	32
Les zones érogènes	33
Les préliminaires et la masturbation	34
Les réactions sexuelles féminines	35
2.2.3. La sexualité et la maternité	38
La sexualité des couples au fil de la grossesse	38
Les changements des organes sexuels lors d'une grossesse	40
Les réactions sexuelles de la femme enceinte	40
La sexualité pendant la grossesse dans le monde	41

3. MÉTHODOLOGIE	43
3.1. Limites et contraintes de la recherche d'articles	44
3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	44
3.3. Recherche de mots clés	45
3.4. Recherche sur les bases de données scientifiques	47
3.5. Screening des bibliographies.....	51
3.6. Construction de la revue de la littérature	52
3.7. Recherche d'ouvrages	53
4. ANALYSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE.....	54
4.1. Tableaux récapitulatifs.....	55
4.2. Analyse globale des résultats et mise en lien avec la problématique	59
5. DISCUSSION	67
5.1. Dimension éthique	68
5.1.1. Ethique en lien à la problématique	68
5.1.2. Ethique liée à notre recherche	68
5.1.3. Ethique et sexualité.....	69
5.2. Limites et forces de ce travail	69
5.2.1. Limites	69
5.2.2. Forces.....	70
5.3. Retour dans la pratique	71
5.3.1. En lien à la problématique.....	71
5.3.2. Ouverture et pistes de recherche	73
6. CONCLUSION.....	77
7. BIBLIOGRAPHIE	80
7.1. Liste de références bibliographiques	81
7.2. Liste bibliographique	86
8. ANNEXES	89

« Ne pas parler de sexualité... c'est ne pas parler de soi »

(Conte, 1980, cité par Evène, 2013)

1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

La grossesse est une période de grands bouleversements, tant physiques que psychiques. Les modifications corporelles et les changements identitaires naissants vont conduire la femme et le couple à redéfinir leur relation affective et sexuelle ; et ce, tout au long de la grossesse. La sexualité devient, par conséquent, un sujet qui les remet en question à un moment clé de leur histoire de vie conjugale.

Les sages-femmes participent à cette étape de vie, en s'engageant pour la prévention et la promotion de la santé, en informant les couples et en développant un enseignement accessible et adapté à chacun. Elles interviennent dans l'intimité des femmes et des hommes et sont donc au cœur du concept de santé sexuelle. Cependant, suite à différentes expériences professionnelles, il en ressort que très peu de professionnels abordent la sexualité. Ces constatations ont été confirmées par l'enquête menée par Van der Schueren (2003) auprès de sages-femmes, infirmières et gynécologues-obstétriciens à la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). En effet, à la question « Vous arrive-t-il de parler de sexualité avec les patientes ? », les trois quarts des professionnels enquêtés ont répondu qu'ils « n'en parlent que "parfois". Parfois est un terme large qui peut sous-entendre rarement » (p. 31).

La sexualité est un sujet délicat et tabou, souvent difficile à amener par le professionnel de la santé. « Il peut avoir tendance soit à se cacher derrière des chiffres (60% des femmes cessent les rapports au neuvième mois, par exemple) ; soit à utiliser un vocabulaire implicite et inadéquat (ne faites pas de bêtises...) » (Van der Schueren, 2003, p. 51). Il est plus aisé de l'aborder lorsqu'il y a une indication médicale, comme la menace d'accouchement prématuré (MAP) ou le dépassement de terme (DdT).

Les différents protocoles de prise en charge lors de MAP rencontrés dans les maternités de Suisse romande et de Suisse italienne, n'abordent pas la nécessité d'abstinence sexuelle. Cependant, les rapports sexuels (RS) sont vivement déconseillés par les professionnels. Selon Hohlfeld & Marty (2012), ces recommandations préventives sont inexactes et inexplicites. Actuellement, rien ne semble affirmer que l'activité sexuelle augmente le risque d'infection, d'accouchement prématuré ou de rupture prématurée des membranes. Dans les cas où les femmes ont un risque élevé d'accoucher prématurément, il est déconseillé d'avoir des RS entre 20 et 36 semaines d'aménorrhées (SA). Un placenta prævia reste la seule contre-indication formelle (p. 299).

Au travers de cette remarque, nous nous sommes interrogées sur les raisons de cette mesure de prévention. S'il n'y a pas de preuve formelle concernant le danger des RS lors d'une MAP, pourquoi prend-t-on autant de précautions ? Sur quoi se basent ces recommandations ? Quel est le réel impact du RS ?

« Selon l'OMS [Organisation Mondiale de la Santé], on appelle accouchement prématuré toute naissance survenant entre la 22^e et la 37^e SA révolue, soit avant 259 jours d'aménorrhée d'un enfant de plus de 500g » (Lansac & Magnin, 2008, p. 311). Dans les protocoles des HUG, une MAP est définie par des contractions utérines (CU) associées à un raccourcissement du col de l'utérus survenant entre 22 et 36 SA (Polli & Martinez de Tejada, communication personnelle [fiche d'attitude], 3 mars 2010). Plusieurs causes et facteurs de risque ont été identifiés. On retrouve des causes utérines, infectieuses, ovulaires et maternelles. Les facteurs de risque sont un bas niveau socio-économique, la race noire, le tabagisme, la toxicomanie, le stress, l'âge maternel inférieur à 18 ans ou supérieur à 40 ans, les antécédents gynéco-obstétricaux, la maigreur pré-conceptionnelle, la fécondation in vitro, etc. (Lansac & Magnin, 2008 ; Schaal, 2012). Compte tenu de la multifactorialité des MAP, l'impact réel de la sexualité sur celles-ci est difficile, voire impossible, à évaluer.

De plus, les recherches sur cette thématique ont révélé un manque de littérature et les articles trouvés ne répondaient pas au questionnement initial, raisons pour lesquelles notre intérêt s'est porté sur le DdT, deuxième axe utilisé par plusieurs professionnels pour aborder la sexualité.

En France, une femme sur cinq voit son accouchement provoqué (AUDIPOG, 2004, cité par Lansac, Marret & Oury, 2006, p. 393). Cette fréquence varie selon les régions et les établissements. Les déclenchements pour raisons médicales sont restés stables depuis 1988 mais les déclenchements sans indications médicales ont augmenté de 4.2 à 7.3% (Goffinet, 1999, cité par Lansac et al., 2006, p. 393). Selon l'Office Fédéral de la Statistique, le taux de naissances vivantes en 2011, en Suisse, s'élevait à 80'808. Parmi ce taux, 92.2% se situaient entre 37 et 40^{6/7} SA et 0.5% après 41 SA.

Une grossesse est à terme entre 37 et 42 SA. Au delà de cet intervalle, on parle de DdT. D'après Olesen, Westergaard & Olsen, une grossesse post-terme comporte des risques tant pour la mère que pour le fœtus (cf. chapitre 2.1.3), c'est pourquoi une provocation avant 42 SA est nécessaire (cité par Schaal, 2012, p. 564). « En 2000, une revue systématique de la Cochrane Database a démontré le bénéfice néonatal du déclenchement systématique à 41 SA, sans modification du taux de césarienne » (Schaal, 2012, p. 564).

Néanmoins, le déclenchement médicamenteux de l'accouchement comporte des risques, comme tout acte médical. Il est donc intéressant de chercher des moyens alternatifs pour éviter les DdT.

Dans la littérature, les auteurs parlent à plusieurs reprises des croyances populaires qui veulent que les RS à terme soient un moyen naturel de déclencher le travail de l'accouchement.

Les femmes interrogent souvent les professionnels quant à la validité de cette méthode mais ceux-ci ne sont pas unanimement d'accord. D'un côté, certains professionnels promulguent cette croyance, tandis que d'autres sont convaincus que la quantité de prostaglandines (PG) dans le sperme ne suffit pas à la maturation du col.

Sur quelles données scientifiques se basent-ils pour affirmer ou infirmer l'efficacité de cette méthode ?

La question de recherche qui en découle est la suivante :

Impact des relations sexuelles sur la modification cervicale et la mise en travail de l'accouchement au terme d'une grossesse à bas risque.

Les RS sont souvent réduits à la pénétration mais cette vision réductrice ne prend pas en compte la stimulation des zones érogènes. Chez l'homme et la femme, les organes génitaux sont les parties du corps les plus réactives ; on doit cependant garder à l'esprit la subjectivité avec laquelle chaque individu répond aux sollicitations du partenaire. D'autres zones dans le corps génèrent des sensations particulières et enrichissent le plaisir sexuel. On trouve la bouche, les lèvres, la langue, les seins, les mamelons, le cou, l'anus, les mains, etc. (Della Giusta, 1997, traduction libre, pp. 173-174).

Colson (2007) décrit l'importance de la stimulation des seins dans les RS :

[Elle] fait partie des rituels d'amour préconisés au XV^e siècle par Savonarole dans sa *Practica major*, pour allumer le désir de la femme (« l'homme doit toucher légèrement la femme autour des seins et baiser spécialement les mamelons »). Rien n'a changé depuis, et la stimulation sexuelle des seins est toujours l'une des grandes étapes du plaisir et de la volupté, au féminin comme au masculin (p. 72).

Plusieurs études, dont celle de Christensson, Nilsson, Stock, Matthiesen & Uvnäs-Moberg (1989), ont montré que la stimulation mamelonnaire (StM) durant les derniers mois de la grossesse induit des CU par libération d'ocytocine (OT) (p. 205).

Suite à ces constatations, nous avons décidé d'analyser les différents facteurs des RS qui pourraient influencer la modification cervicale et la mise en travail de l'accouchement. L'influence de la fréquence, tant pour la pénétration que pour la StM, sera étudiée, ainsi que l'impact de l'action mécanique et l'influence hormonale.

Cette dernière sera divisée en trois catégories : la StM, l'orgasme féminin et l'impact des PG contenues dans le sperme.

Des facteurs psychologiques ont un impact sur la sexualité durant la grossesse et l'accouchement. Ils ne seront cependant pas abordés car cette thématique est très conséquente et pourrait donc faire l'objet d'un autre travail.

2. CADRE DE RÉFÉRENCE

Afin d'élaborer un cadre de référence complet et précis, nous allons détailler les notions obstétricales en lien avec notre questionnement de recherche. Puis nous définirons la sexualité et la santé sexuelle. Nous étayerons la sexualité féminine tant d'un point de vue physiologique qu'historique. Enfin, nous traiterons la thématique de la sexualité au cours de la grossesse.

Pour faciliter la lecture de notre travail, nous avons défini certains termes scientifiques dans un glossaire, présent en annexe. Ceux-ci sont identifiés par un astérisque lors de leur première apparition dans le texte.

2.1 Obstétrique

2.1.1 La grossesse à bas risque

La grossesse est l'« ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel » (Wainsten, 2009, p. 420).

Après lecture de nombreux ouvrages obstétricaux, nous n'avons pas trouvé une définition de la grossesse à bas risque, seul la grossesse considérée à risque est étayée. Voici la définition que nous proposons : une grossesse est à bas risque si elle ne nécessite pas de surveillances particulières ou rapprochées liées à une pathologie ou à un facteur de risque. Cependant, toute grossesse nécessite des préventions et des dépistages. Si ces derniers s'avèrent positifs, ils peuvent la faire basculer dans la catégorie des grossesses à risque.

2.1.2 Le terme de la grossesse

Chez la femme, la durée de la grossesse se compte en semaines révolues d'aménorrhées* (SA). Elle est de 40 SA ou de 280 jours depuis le premier jour des dernières règles. Le terme de la grossesse se situe entre 37 et 42 SA. A partir de cet âge de gestation, le fœtus est arrivé à maturité et est capable de s'adapter à la vie extra-utérine (Cunningham et al., 2010 ; Hohlfeld & Marty, 2012 ; Schaal, 2012).

2.1.3 Le dépassement du terme de la grossesse

La définition du DdT varie selon les auteurs. « On admet que le terme est dépassé lorsque la durée de la grossesse est supérieure ou égale à 294 jours, soit 42 SA » (Schaal, 2012, p. 563). Hohlfeld & Marty (2012) soulignent que certains auteurs, s'appuyant sur l'augmentation de la morbidité néonatale, parlent de DdT dès la fin de la 41^e semaine (≥ 287 jours) » (p. 350).

Dans notre pratique professionnelle, il est courant de parler de déclenchement pour DdT après cette date. Selon les définitions précédentes, il s'agit d'un abus de langage ; il faudrait parler de déclenchement pour éviter le DdT. En effet, selon Marpeau (2010), on doit parler de terme dépassé si la grossesse dure au-delà de 42 SA ; entre 41 et 42 SA, il s'agit d'une grossesse "en voie de dépassement" (p. 190).

Selon Hohlfeld & Marty (2012), l'incidence varie de 2.6 à 14% selon la définition. Quand l'âge gestationnel est confirmé par un contrôle échographique, l'incidence diminue. Les facteurs favorisant le DdT sont des malformations fœtales, l'obésité et des antécédents de DdT (p. 350).

Il présente également plusieurs risques fœto-maternelles. Parmi les risques maternels on retrouve la césarienne en urgence, la disproportion fœto-pelvienne, la dystocie, l'hémorragie du post-partum, la déchirure cervicale, l'infection puerpérale et le décès per-partum. Pour le fœtus, les risques sont la macrosomie, l'asphyxie, l'inhalation méconiale, les fractures, la mort périnatale, la paralysie du plexus brachial, la pneumonie, la septicémie et l'oligohydramnios (Hohlfeld & Marty, 2012 ; Schaal, 2012).

2.1.4 La mise en travail de l'accouchement

Les mécanismes exacts de mise en travail de l'accouchement ne sont pas encore totalement connus, cependant, plusieurs éléments en seraient à l'origine. Un des signaux viendrait du fœtus ; il "attendrait" le meilleur moment pour naître, c'est-à-dire quand son cerveau, ses poumons et ses glandes surrénales sont arrivés à maturité. La présence d'accouchements prématurés montre, par contre, que le fœtus ne déclenche pas à lui seul la naissance ; des facteurs psychologiques et hormonaux sont à prendre en compte. D'un point de vue psychologique, le vécu et l'acceptation de la grossesse, l'ambivalence du désir de devenir mère, les antécédents obstétricaux dans l'entourage, la peur de la douleur, etc. sont autant d'éléments pouvant influencer la mise en travail spontanée de l'accouchement.

Les PG et certaines autres hormones* placentaires et maternelles jouent également un rôle fondamental. Tout au long de la grossesse, la progestérone occupe les récepteurs à l'OT sur la paroi de l'utérus et empêche ainsi la propagation des CU, qui restent isolées et inefficaces. Ceci est une protection pour empêcher un accouchement prématuré.

La chute de la progestérone en fin de grossesse, par changement de ratio, permet l'augmentation des œstrogènes qui favorisent la création de gap junctions*, de récepteurs à l'OT et de PG (Cabrol, Pons & Goffinet, 2003, pp. 78-79 ; Nunno, communication personnelle [polycopié], 6 mai 2011).

Les prostaglandines

Les PGE_2 sont les principaux agents de maturation cervicale. « $\text{PGF}_{2\alpha}$ et PGE_2 stimulent la CU, tandis que PGI_2 (prostacycline) est relaxante pour la musculature vasculaire et myométriale » (Cabrol et al., 2003, p. 79).

Juste avant le travail de l'accouchement, il y a des taux élevés de ces hormones dans le liquide amniotique, les urines et le plasma maternels. Elles ont un effet sur la maturation du col de l'utérus et augmentent la contractilité utérine, en rendant ainsi l'utérus plus sensible aux ocytociques. Les PG lysent les fibres de collagène qui assurent la rigidité du col pendant la grossesse et l'empêche ainsi de se dilater. Le col devient alors souple et peut s'effacer. Les PG libèrent également les réserves de calcium intracellulaire, ce qui va renforcer la formation de gap junctions et, par ce biais, l'excitabilité utérine.

Au moment du travail de l'accouchement, les membranes fœtales (l'amnios* et le chorion*), la décidue et le myomètre libèrent des PG. Le chorion et l'amnios produisent principalement des PGE_2 ; la décidue* peut synthétiser des PGE_2 et $\text{PGE}_{2\alpha}$ et le myomètre produit des PGI_2 (Cabrol et al., 2003, p. 79 ; Nunno, communication personnelle [Polycopié], 6 mai 2011).

L'ocytocine

Étymologiquement, l'OT est un terme grec qui veut dire "rapide" et "travail de naissance" (Cabrol et al., 2003, p. 78).

L'effet le plus connu de cette hormone est la capacité de contraction, d'abord sur le muscle lisse de l'utérus lors de l'accouchement puis sur les glandes mammaires afin d'éjecter le lait. Elle joue également un rôle au niveau comportemental et permet de faire face à un stress à court terme ou à un danger (Lansac, Descamps & Oury, 2011, p. 11).

Elle a une structure très proche d'une autre hormone, la vasopressine, qui agit en régulant le volume sanguin circulant et participe à l'augmentation de la pression artérielle (Uvnäs Moberg, 2006, p. 123).

Lors de sa liaison aux récepteurs spécifiques de la paroi utérine, l'OT induit des CU. En effet, en fin de grossesse, le nombre des récepteurs situés sur la membrane plasmique des myocytes de l'utérus augmente significativement. De ce fait, le muscle lisse devient de plus en plus sensible aux effets stimulants de l'OT. La dilatation de l'utérus et du col à l'approche de l'accouchement déclenche l'envoi d'influx nerveux à l'hypothalamus. Ce dernier synthétise l'OT et stimule ensuite sa libération de façon pulsatile par la neurohypophyse (Cabrol et al., 2003, p. 78 ; Marieb & Hoehn, 2010, pp. 698-699).

Lors du travail de l'accouchement, plus les CU s'intensifient, plus la concentration sanguine d'OT augmente et ainsi de suite, jusqu'au moment de l'expulsion du fœtus (Marieb & Hoehn, 2010, pp. 698-699).

La demi-vie de cette hormone est courte, de trois à dix minutes. Ceci est dû à sa métabolisation rapide en une forme inactive dans le foie, les reins et le placenta (Cabrol et al., 2003, p. 78).

Cette hormone joue également un rôle dans l'éjection de lait. La succion du nouveau-né provoque des influx nerveux qui rejoignent l'hypothalamus et déclenchent la libération réflexe d'OT, qui atteint les cellules myoépithéliales entourant les glandes mammaires. Ces cellules musculaires, en se contractant, entraînent l'éjection de lait.

Lors de la StM en fin de grossesse, la libération d'OT se fait de la même manière. Il n'y a pas d'éjection de lait, mais son action se propage dans le corps jusqu'aux organes cibles, comme l'utérus et le col (Marieb & Hoehn, 2010, pp. 698-699 ; Uvnäs Moberg, 2006, p.123).

Le rôle de l'OT chez les femmes non gravides ainsi que chez les hommes a longtemps été inconnu. Comme le souligne Odent (1999) :

Cela est surprenant parce que tous les physiologistes, tous les médecins et toutes les sages-femmes savent que cette hormone est essentielle pour l'accouchement et la lactation [...] C'est peut-être parce que les effets périphériques mécaniques de cette hormone sont trop bien connus que les chercheurs ont mis du temps avant de penser aux effets comportementaux possibles (p. 28).

Odent (1999) explique qu'en 1979 « Prange et Pedersen nous ont appris qu'une injection d'ocytocine dans les ventricules cérébraux des mammifères suffisait pour induire un comportement maternel » (pp. 28-29). En effet, l'allaitement dans l'heure après la naissance, quand le niveau d'OT est au plus haut, aide à la création du lien mère-enfant (Walker, 2011, traduction libre, p. 100).

Suite à cette découverte, il y a eu une explosion de recherches traitant des effets comportementaux de l'OT. Niles Newton a résumé les résultats de ces expériences en qualifiant l'ocytocine d' "hormone de l'amour" (Odent, 1999, p. 29). De plus, des études ont révélé que cette hormone puissante joue un rôle dans les comportements de sociabilité, lors de l'excitation et de l'orgasme. Elle serait donc à l'origine de la satisfaction éprouvée après un RS.

En effet, l'équipe du Professeur Uvnäs Moberg a démontré qu'il y a un taux élevé d'OT dans le sang lors des RS, qui atteint le maximum pendant l'orgasme. Elle stimule l'activité musculaire impliquée dans l'orgasme chez l'homme et la femme (Marieb & Hoehn, 2010; Uvnäs Moberg, 2006).

L'OT permet aussi de faire face à un stress à court terme ou à un danger. Elle élève temporairement la tension artérielle, la vitesse du pouls et la sécrétion des hormones de stress. Produite à long terme, elle provoque par contre une diminution de la tension artérielle et du taux de ces hormones (Uvnäs Moberg, 2006, pp. 111-117).

La contraction utérine

Selon Lansac et al. (2006), « la contraction de la fibre musculaire lisse utérine résulte du glissement, les uns par rapport aux autres, des filaments d'actine et de myosine* » (p. 12).

Une dépolarisation des cellules musculaires utérines provoque des potentiels d'actions*, qui vont induire l'ouverture des canaux calciques présents sur les membranes des myocytes. Le taux de calcium intracellulaire est ainsi augmenté et permet aux complexes actine-myosine d'interagir et de contracter les fibres du myomètre (cf. annexe II). Toutes les cellules du myomètre peuvent être à l'origine de ces potentiels d'action, mais les CU naissent le plus souvent au niveau du fond utérin, car il contient plus de fibres musculaires (Lansac et al., 2006, p. 12).

Durant la grossesse, les fibres musculaires lisses de l'utérus présentent une activité modérée. En effet, celles-ci ne sont pas encore liées par des gap junctions et l'excitation ne se transmet donc pas d'une cellule à une autre. La CU reste isolée et l'utérus peut grandir jusqu'à terme. Dès la 24^e SA, la modification des propriétés électriques des cellules myométriales permet l'augmentation progressive des potentiels d'action (Nunno, communication personnelle [Polycopié], 6 mai 2011).

Comme décrit dans la définition de la mise en travail, la chute de la progestérone en fin de grossesse favorise l'augmentation des oestrogènes. Ceux-ci permettent la formation des gap junctions et rendent la fibre utérine plus excitable. En plus des effets des différentes hormones, la distension progressive de l'utérus étire les fibres musculaires lisses et favorise donc leur excitabilité (Lansac et al., 2006, p. 12).

Pendant le travail de l'accouchement, la forme des fibres musculaires change : elles se raccourcissent au fur et à mesure de l'avancée du travail, sans revenir à leur longueur de départ et permettent ainsi au col de se dilater. Une fois le travail en place, la sécrétion d'OT augmente significativement et progressivement.

En augmentant le courant de calcium, elle soutient et renforce l'activité utérine (Lansac et al., 2006, p. 12). A ce moment-là, les CU sont involontaires, intermittentes aux deux-trois minutes, intéressant tout l'utérus et sont douloureuses à partir d'une certaine intensité. Le terme d'hypercinésie caractérise une fréquence de plus de cinq CU par dix minutes. Si l'utérus ne se relâche pas au delà de 90 secondes, nous parlons alors de contracture utérine (Epiney, communication personnelle [Polycopié], 12 janvier 2012 ; Fort, communication personnelle [Polycopié], 24 septembre 2010).

2.1.5 Le score de Bishop

Le score de Bishop, créé par Docteur Edward H. Bishop en 1964, est une méthode utilisée pour prescrire le mode de provocation. Lors du toucher vaginal, cinq paramètres sont évalués et scorés : la dilatation, l'effacement, la consistance, la position du col ainsi que la hauteur de la présentation fœtale (cf. annexe III).

Chacun des cinq critères obtient entre zéro et trois points sauf la consistance et la position du col, qui en compte deux au maximum. Plus le score est élevé, plus le laps de temps jusqu'à la mise en travail est réduit (Bishop, 1964, traduction libre, p. 267).

La dilatation cervicale est déterminée par l'estimation du diamètre de l'ouverture du col ; l'espace entre les doigts est ainsi évalué. Le diamètre est estimé en centimètres. Un col est complètement dilaté quand il atteint dix centimètres de diamètre.

Le degré d'effacement est habituellement exprimé en comparaison à la longueur d'un col non effacé. Quand ce dernier commence à être aussi fin que le segment inférieur adjacent, il est complètement effacé.

La consistance du col est déterminée comme ferme, intermédiaire ou molle.

La position est évaluée par la relation entre l'orifice cervical et la tête fœtale. Elle est catégorisée par postérieure, centrale ou antérieure.

La hauteur de la présentation fœtale dans le bassin est décrite en relation aux épines sciatiques, qui sont à mi-chemin entre l'entrée et la sortie du bassin. Quand le sommet de la présentation fœtale est au niveau de celles-ci, elle est désignée comme étant au niveau zéro. C'est en 1989 que l'American College of Obstetricians and Gynecologists a adopté la classification de cinq niveaux, en centimètres, par rapport aux épines. Chacun de ces niveaux représente une distance en centimètre au-dessus ou en dessous des épines. Lorsque la présentation fœtale descend dans le bassin en direction des épines sciatiques, elle passe de -5, -4, -3, -2, -1 puis 0 et après les épines elle avance de +1, +2, +3, +4, +5 jusqu'à la naissance (Cunningham et al., 2010, traduction libre, p. 392).

La détermination d'un score élevé bien avant le terme de la grossesse, peut informer sur un éventuel risque d'accouchement prématuré et permet de prendre les précautions nécessaires. A l'inverse, un score bas proche du terme peut indiquer que le terme a été mal calculé ou qu'il y a des risques de DdT (Bishop, 1964, traduction libre, pp. 267-268).

2.1.6 Le déclenchement artificiel du travail de l'accouchement

« Le déclenchement du travail est l'induction artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée dans le but d'obtenir un accouchement par les voies naturelles chez une femme qui n'était pas jusque-là en travail » (Lansac et al., 2006, p. 393).

Selon Hohlfeld & Marty (2012), la provocation des CU lorsque le col est défavorable augmente considérablement le risque de césarienne et de complications. Il est donc important de distinguer la maturation cervicale de la provocation des CU (p. 363). La décision du mode de déclenchement dépend de l'état du col utérin ; si le col est défavorable, la provocation doit être précédée d'une maturation cervicale.

Les indications du déclenchement artificiel du travail sont multiples. Selon Lansac et al. (2006), il faut distinguer le déclenchement avec indication médicale et le déclenchement d'opportunité. Le premier a lieu lorsqu'il y a un bénéfice pour la mère ou le fœtus à terminer la grossesse. Le deuxième n'a pas de bénéfice démontré ; les avantages sont d'ordre psychologique, social ou organisationnel. Vu l'absence d'indication médicale, les conditions nécessaires à un déclenchement d'opportunité sont une maturité fœtale acquise, un état fœtal et maternel normal, une présentation céphalique et un score de Bishop supérieur ou égal à sept points (p. 395).

Il existe de nombreuses situations où le déclenchement est justifié en raison d'une réduction de la morbidité et mortalité fœto-maternelle, telle qu'une grossesse prolongée à partir de 41 SA, une rupture prématurée des membranes après 34 SA, un retard de croissance intra-utérin, un hématome rétro-placentaire, une mort in utero, une hypertension artérielle, un diabète gestationnel, etc. (Schaal, 2012, pp. 612-613).

Le déclenchement artificiel comporte aussi des contre-indications. Selon Lansac et al. (2006), on doit les séparer en contre-indications d'ordre obstétrical (si l'accouchement voie basse n'est pas envisageable, lors de souffrance fœtale aiguë, etc.), liées à la technique du déclenchement (allergies aux produits, utérus cicatriciel, etc.) ou liées à l'état du col (pp. 396-397).

Comme tout geste médical, le déclenchement comporte des risques. Selon Cunningham et al. (2010), ceux-ci sont la césarienne, la chorioamnionite et l'atonie utérine (traduction libre, p. 500).

La maturation cervicale

Physiologiquement, la maturation cervicale consiste en l'assouplissement du col de l'utérus et à la diminution de la résistance à la dilatation, grâce à une dégradation des fibres de collagène qui structurent le col. Ces phénomènes s'observent habituellement tout au long du dernier trimestre de la grossesse mais peuvent parfois se faire en quelques heures, lors des CU (Schaal, 2012, p. 596).

La maturation cervicale médicamenteuse est souhaitable lorsque le score de Bishop est inférieur ou égal à sept points (Hohlfeld & Marty, 2012, p. 363). C'est la pratique courante au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), mais les protocoles sont entrain de changer et ne sont actuellement pas disponibles (Delouane, communication personnelle [e-mail], 24 juin 2013). Cependant, le protocole change selon les établissements. Aux HUG, une maturation cervicale est nécessaire avant la provocation si le score de Bishop est inférieur à six points (Romoscanu, communication personnelle [fiche d'attitude], 24 mars 2011).

Il existe plusieurs méthodes utilisées pour la maturation du col ; celles-ci peuvent être classées en trois catégories :

- moyens médicamenteux : les PG, les œstrogènes, le sulfate de DHEA, la mifépristone, la relaxine,
- moyens mécaniques : les sondes à ballonnet, les lamineuses, le décollement des membranes,
- moyens naturels : la StM, la phytothérapie, l'huile de ricin, les lavements, la décoction, les RS, l'acupuncture, l'aromathérapie (Garanhani de Castro Surita, Guilherme Cecatti, Kruppa, Porto Tedesco & Parpinelli, 2004 ; Hohlfeld & Marty, 2012; Schaal, 2012 ; Tenore, 2003).

La provocation

Si le col est favorable, une provocation peut être entreprise sans maturation cervicale préalable. Il existe plusieurs méthodes qui peuvent être classées en trois catégories :

- moyens médicamenteux : la perfusion d'OT, les PG (également utilisées pour la maturation cervicale),
- moyens mécaniques : la rupture artificielle des membranes ou amniotomie, le cathéter de Folley, les lamineaires,
- moyens naturels : l'acupuncture, l'aromathérapie, la phytothérapie, la StM (Garanhani de Castro Surita et al, 2004 ; Hohlfeld & Marty, 2012; Schaal, 2012 ; Tenore, 2003).

Tous les médicaments utilisés pour la maturation et la provocation ont des effets secondaires et des contre-indications, il est donc important d'évaluer si les bénéfices sont supérieurs aux risques encourus.

2.2 Sexualité

L'étymologie du terme sexualité vient du latin *secare* qui signifie "couper, séparer".

Depuis l'Antiquité, l'homme est à la recherche de son âme sœur. Selon le mythe fondateur imaginé par Aristophane dans *Le Banquet* de Platon,

A l'origine, "chaque homme était [...] de forme ronde avec [...] quatre mains, autant de jambes, deux visages tout à fait pareils sur un cou rond, et sur ces deux visages opposés une seule tête, quatre oreilles, deux organes de la génération et tout le reste à l'avenant". Mais ces premiers hommes eurent l'insolence de provoquer les dieux de l'Olympe, et Zeus, dans son courroux, décida de les couper en deux (Casta-Rosaz, 2004, p. 7).

Comme l'explique Casta-Rosaz (2004), l'âme et le corps ont été séparés. « Depuis ce drame, chacun, "regrettant sa moitié" aspire à la retrouver, à l'embrasser, à l'enlacer, "avec le désir de se fondre ensemble" » pour pouvoir retrouver un instant cette unité perdue (p. 7).

Pour Brenot (2004), la sexualité « sépare l'espèce en deux catégories, les mâles et les femelles, mais dans le même temps, sur le plan relationnel et affectif, [...] rapproche les individus et les unit » (p. 8). On voit ainsi toute la complexité de ce terme qui sépare l'homme de la femme tant par son aspect anatomique que psychique et qui pourtant les relie si intimement, sans quoi, l'espèce humaine n'existerait pas.

La notion de sexualité est récente. Comme l'explique Ferroul, le terme sexualité n'apparaît qu'au XIX^e siècle ; « ce dernier mot ne qualifie encore que "la manière d'être de ce qui est sexuel", plante ou animal ». La définition comme on la connaît à l'heure actuelle date du XX^e siècle (Brenot, 2004, p. 588).

Quand on parle de sexualité, nous pensons tout de suite à Sigmund Freud. Il a été l'un des premiers à aborder cette thématique et ainsi, à marquer à jamais un tournant dans la psychanalyse. Tout commence en 1905, lorsqu'il publie son ouvrage *Trois Essais sur la théorie sexuelle* dans lequel il développe sa théorie sur la sexualité infantile, le désir sexuel et sa dimension psychique. Aujourd'hui encore, il est une référence dans ce domaine et ses écrits sont toujours d'actualité. Pour lui, « la sexualité n'exerce pas de rôle fonctionnel : elle est une force, à la fois productrice d'énergie vitale et conséquence de cette énergie qu'elle contribue elle-même à engendrer ». Il nomme ainsi cette force "libido" qui trouve son origine dans l'inconscient (Brenot, 2004, p. 512).

La sexualité est un terme difficile à définir. Dans le dictionnaire Le petit Larousse illustré, nous retrouvons deux définitions :

1. « Ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, observables chez les êtres vivants » (Jeuge-Maynard, 2006, p. 981).
2. « Ensemble des diverses modalités de la satisfaction instinctuelle liée à la reproduction de l'espèce » (Jeuge-Maynard, 2006, p. 981).

Les auteurs et les différentes institutions ne s'accordent pas sur une même signification ; par exemple, pour les sociologues, la sexualité est « une sphère spécifique mais non autonome du comportement humain, qui comprend des actes, des relations et des significations » (Brenot, 2004, p. 604). Du point de vue de la psychologie, Dubanchet écrit : « par sexualité, nous entendons *psychosexualité*, c'est-à-dire ce qui caractérise en ce domaine l'humain par rapport au biologique animal, soit une sexualité réglée et socialisée dans le cadre de la différence des sexes et de la différence des générations » (Brenot, 2004, p. 519). Pour la religion, celle-ci n'est admise que dans un but de procréation. Cette dernière définition ne peut pas être admise comme exacte. La procréation est une finalité de la sexualité d'un homme et d'une femme mais celle-ci est indépendante de tout désir. Elle peut tant unir des personnes du même sexe que du sexe opposé.

Ainsi, nous nous rendons compte de toute la complexité et la subtilité de cette thématique.

2.2.1 La santé sexuelle

Au XIX^e siècle, la sexualité était considérée comme naturelle et avait pour unique but la procréation. Dans les années 1960, celle-ci apparaît sous un nouveau jour avec l'arrivée des contraceptifs oraux ; elle se distingue alors en deux parties, l'une reproductive, l'autre érotique. Cette révolution dans la vie sexuelle des femmes et des hommes conduit à un tournant majeur dans la prise en charge de ces personnes en ce qui concerne leur santé sexuelle. De plus, l'apparition dans les années 1980 des premières personnes victimes du VIH* met un accent supplémentaire sur la nécessité de placer la sexualité dans le champ de la santé publique (Brenot, 2004).

Dans le concept de santé sexuelle, nous retrouvons deux termes : santé et sexualité. Celui-ci n'aurait pas pu être décrit sans la définition préalable de la notion de santé. C'est en 1946 que l'OMS la définit : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité » (Brenot, 2004, p. 555).

La santé sexuelle est « un outil important pour surmonter la résistance des médecins, des psychiatres et des psychologues vis-à-vis de la sexualité des hommes et des femmes qui les consultent » (Brenot, 2004, p. 555). Suite à une conférence à Genève en 1972 relevant le manque de formation des professionnels de la santé lors de problèmes sexuels, l'OMS reconnue utile de décrire la notion de "santé sexuelle". En 1975, une première définition est formulée : « la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour » (OMS, 1975, p. 6).

Dans le rapport de cette conférence, nous relevons que selon Mace, Bannerman & Burton, la santé sexuelle suppose la réunion de trois conditions fondamentales :

1. être capable de jouir, en ayant la pleine maîtrise, d'un comportement sexuel et reproducteur en harmonie avec une éthique sociale et personnelle
2. être exempt de sentiments de crainte, de honte et de culpabilité, de fausses croyances et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle et perturbent la relation sexuelle
3. être exempt de troubles, maladies et déficiences organiques qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et reproductrices (OMS, 1975, p. 7).

En 2000, l'OMS et la Pan American Health Organization développent, lors d'une réunion à Antigua (Guatemala), le concept de promotion de la santé sexuelle. Suite à cela, la définition est remaniée.

Cette dernière, en vigueur à l'heure actuelle, est la suivante :

La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés (OMS, 2013).

Dans la pratique, la santé sexuelle est appliquée selon trois niveaux d'intervention : l'information, le conseil et la thérapie (Brenot, 2004, p. 556). La profession de sage-femme est au cœur du concept de santé sexuelle. En effet, la grossesse et la naissance d'un enfant sont des étapes clés dans la vie sexuelle d'un couple. En tant que sages-femmes, nous intervenons tout au long de cette étape de vie en nous engageant pour la prévention et la promotion de la santé.

2.2.2. Le rapport sexuel et la sexualité féminine

Historique

Casta-Rosaz (2004) explique que de l'Antiquité jusqu'au XVIII^e siècle, les Hommes pensaient qu'il n'existait qu'un "sexe unique". Cette idée a été répandue par Aristote et Galien. L'homme et la femme sont tout de même différents. Pour la femme, « un défaut de chaleur vitale s'est soldé par la rétention, à l'intérieur, des structures qui chez le mâle sont visibles au-dehors » (p. 40). Ainsi, les lèvres seraient le prépuce ; le vagin représenterait le pénis intérieur ; l'utérus, le scrotum ; et enfin, les ovaires seraient les testicules. Comme chez l'homme, les femmes éjaculeraient au moment de la jouissance. Cette semence serait « moins épaisse, moins puissante, moins génératrice que celle de l'homme mais tout aussi nécessaire à la conception d'un enfant » (p. 40). Pour Galien, la procréation ne peut être possible que s'il y a orgasme chez les deux partenaires : « hors du plaisir, rien de mortel ne voit le jour » (p. 40). Ce n'est qu'au XVII^e siècle que les médecins ont admis que la procréation pouvait être possible sans présence d'orgasme féminin (Colson, 2007, p. 60).

Helen Deutsch, disciple de Freud, affirme qu'« une femme "féminine", c'est-à-dire une vraie femme, est celle "qui a réussi à établir la fonction maternelle du vagin et à abandonner les revendications du clitoris" (1945) » (cité par Colson, 2007, p. 61).

Cette idée réductrice de la sexualité féminine sera présente jusqu'à la moitié du XX^e siècle, moment à partir duquel le mouvement féministe arrive. Ainsi, la sexualité de la femme n'est plus réservée qu'à la procréation, mais également au plaisir. Depuis, les femmes et les hommes peuvent contrôler leur sexualité indépendamment de l'arrivée d'un enfant.

L'anatomie sexuelle de la femme

Les organes génitaux externes

Le terme "vulve" englobe l'ensemble des organes génitaux visibles de l'extérieur (cf. annexe IV), entre le mont de Vénus à l'avant et le périnée à l'arrière (Ladewig, London, Moberly & Olds, 2003, pp. 28-36).

Le mont de Vénus, ou pubis, est une protubérance arrondie composée de tissus adipeux, recouvrant la symphyse pubienne. Il protège les os du bassin, spécialement lors des RS. Cette surface, de forme triangulaire, est recouverte de poils pubiens (Cunningham et al., 2010, pp. 15-17 ; Ladewig et al., 2003, pp. 28-36).

En dessous, se trouvent les grandes lèvres qui délimitent la fente vulvaire. Ce sont deux replis longitudinaux de peau, qui se rétrécissent et se rejoignent vers le bas, au niveau du centre du périnée. Elles contiennent du tissu adipeux, des glandes sébacées et sudoripares ; leurs faces externes sont couvertes de poils. Elles ont un rôle de protection des organes sous-jacents : petites lèvres, orifice vaginal et méat urinaire (Cunningham et al., 2010, pp. 15-17 ; Ladewig et al., 2003, pp. 28-36, Masters & Johnson, 1976, p. 57).

Les petites lèvres sont réunies au dessus du clitoris et forment, à l'arrière, la fourchette vulvaire. Elles sont souples, humides et dépourvues de poils, ce qui leur donnent un aspect de muqueuse. Les fibres nerveuses qui les composent les rendent très sensibles. De plus, les nombreuses glandes sébacées sécrètent des substances bactéricides, lubrifient et imperméabilisent la peau de la vulve (Tortora & Grabowski, 2001, pp. 1057-1062).

A l'avant des petites lèvres et au-dessus de l'urètre, se trouve le clitoris. Il est formé d'un gland et de deux corps caverneux et se compose essentiellement de tissu érectile comme le pénis, ce qui le rend extrêmement sensible au toucher. Son rôle principal est de réceptionner et transformer les stimuli sensoriels (Masters & Johnson, 1974, pp. 65-68 ; Tortora & Grabowski, 2001, pp. 1057-1062).

Les glandes de Bartholin sont des glandes vulvo-vaginales, situées de chaque côté des petites lèvres. Pendant de nombreuses années, on a pensé à tort qu'elles permettaient à elles seules la lubrification de l'orifice vaginal lors des RS, mais leur activité sécrétrice est en réalité négligeable (Masters & Johnson, 1974, pp. 62-63).

Les petites lèvres délimitent le vestibule, dépression en forme de bateau au fond duquel s'ouvrent le méat urinaire et le vagin. Le méat urinaire, par l'intermédiaire de l'urètre, fait communiquer la vessie à l'extérieur (Ladewig et al., 2003, pp. 28-36).

Le périnée est l'ensemble des parties molles comprenant la peau, les muscles et les ligaments qui soutiennent les organes du petit bassin (cf. annexe IV). Cette région est en forme de losange. Si on la divise en deux en traçant une ligne transversale entre les épines sciatiques, on obtient le triangle antérieur ou uro-génital (qui comprend les organes génitaux externes) et le triangle postérieur ou anal (Ladewig et al., 2003, pp. 28-36).

Les organes génitaux internes

Le vagin est un conduit musculaire élastique qui relie la vulve à l'utérus. Sa paroi postérieure fait environ 2.5 cm de plus que sa paroi antérieure qui mesure 6 à 8 cm. Il assure la protection de l'utérus lors des RS et remplit la fonction de passage pour l'écoulement des menstruations, pour les spermatozoïdes lors des RS et pour le fœtus à l'accouchement (Ladewig et al., 2003, pp. 28-36 ; Tortora & Grabowski, 2001, pp. 1057-1062).

Situé entre la vessie et le rectum, l'utérus est un organe musculaire creux. Il constitue le siège de l'implantation de l'ovule fécondé et du développement du fœtus pendant la grossesse. Il se divise en deux parties : le tiers inférieur forme le col de l'utérus et les deux tiers supérieurs, le corps utérin. Ce dernier est surplombé du fond utérin, d'où partent les trompes de Fallope qui mènent aux ovaires. L'utérus est composé de trois épaisseurs : la première, superficielle, est formée de séreuse, la moyenne est musculaire et la dernière, interne, est constituée de muqueuse. La partie musculaire (le myomètre), est organisée en trois couches de muscles lisses ou involontaires (cf annexe V). La couche externe se trouve principalement dans le fond utérin ; elle est composée de muscles longitudinaux. Ils sont responsables de l'effacement du col et de l'expulsion du fœtus à l'accouchement. Les fibres musculaires de la couche intermédiaire sont entrelacées en huit autour de gros vaisseaux sanguins. Leur contraction permet de juguler l'hémorragie après la délivrance du placenta. La couche interne est constituée de fibres circulaires formant des sphincters au niveau des orifices du col de l'utérus et des trompes de Fallope.

Le sphincter de l'orifice interne du col empêche l'expulsion du contenu de l'utérus lors de la grossesse ; par contre, il s'étire et se dilate pendant l'accouchement (Cunningham et al., 2010, pp. 15-17 ; Ladewig et al., 2003, pp. 28-36).

Les seins

Les seins sont des glandes sécrétrices composées de tissu glandulaire produisant et transportant le lait, de tissu conjonctif soutenant les seins, de tissu adipeux assurant la protection contre les agressions externes et de nerfs rendant les seins sensibles aux stimuli comme le toucher (Avanzino, communication personnelle [Polycopié], 21 septembre 2010).

Ils sont situés à la surface des muscles grands pectoraux et grands dentelés et sont suspendus à du tissu fibreux. Au centre de chaque sein se forme une saillie appelée mamelon, entouré de l'aréole. Ces derniers sont pigmentés et d'apparence rugueuse à cause des tubercules de Montgomery. Le mamelon comporte de petits orifices très rapprochés menant aux canaux galactophores, qui permettent l'issue du lait lors de la lactation. Chaque glande mammaire se compose de 15 à 25 lobes, séparés par du tissu fibreux et adipeux. Chaque lobe se subdivise en lobules, eux-mêmes divisés en plusieurs alvéoles. Ce sont des glandes sécrétrices des différents composants du lait enfouies dans du tissu conjonctif (cf. annexe VI). Dès la puberté, les glandes mammaires se développent mais ce n'est que par le biais des hormones de la grossesse qu'elles arrivent à maturité. A partir de la 16^e SA, les seins sont capables de produire le premier lait, appelé colostrum*. Cependant, ce n'est qu'après la naissance et la délivrance du placenta que la production de lait peut commencer, grâce à la libération des récepteurs à la prolactine, jusque là occupés par les hormones de la grossesse (Ladewig et al., 2003, pp. 39-40 ; Tortora & Grabowski, 2001, pp. 1062-1064 ; Walker, 2011, pp. 78-91).

Le rapport sexuel

Parmi la multitude d'ouvrages que nous avons consultés, nous nous sommes rendues compte que les termes "relation ou rapport sexuel" n'étaient pas définis. En effet, seul les termes "coït ou acte sexuel" sont définis. Par le biais de ce chapitre, nous tenons à sensibiliser le lecteur au fait que la sexualité est complexe et difficile à définir.

Par curiosité, nous les avons également recherché dans le moteur de recherche Google. Celui-ci nous renvoie sur des forums ou des sites internet créés par des blogueurs de tous rangs socio-professionnels et sur la base de données Wikipédia, dans laquelle les articles peuvent être modifiés par des internautes sans qualification dans le domaine médical ou sexuel.

N'étant pas de sources sûres, nous avons choisi de ne pas les inclure à ce travail. Les différentes définitions que nous avons pu lire sont sensiblement similaires ; nous allons ci-dessous en lister quelques unes.

Pour Erlich,

Le rapport sexuel implique l'identification des partenaires (sexe, âge), leur nombre (deux ou davantage), leur statut familial (inceste), social (caste, clan, tribu) religieux, ethnique. Il peut être occasionnel (unique ou répété, librement consenti ou imposé : viol) ou stable (mariage, union non matrimoniale) (Brenot, 2004, p.83).

Dans Le Petit Larousse illustré, le RS est renvoyé au terme coït défini par « rapport sexuel entre deux personnes » (Jeuge-Maynard, 2006, p. 263). Cette définition étant trop simpliste, nous avons complété nos recherches dans l'encyclopédie Larousse en ligne (2013). Il nous renvoie également au terme coït :

Dans l'espèce humaine, il définit le rapport sexuel avec pénétration entre deux personnes. Habituellement vaginal (dans le cas de rapport hétérosexuel), le coït sera qualifié d'anal ou de buccal suivant l'orifice dans lequel a lieu la pénétration. [...] Les pratiques coïtales ont changé. La fonction du rapport étant centrée sur la recherche du plaisir, il faut du temps. [...] Tout est donc relatif et diffère non seulement pour chaque couple mais aussi à chaque rapport sexuel.

Murkoff, Eisenberg & Hathaway (2008), soulignent que « l'acte amoureux ne se réduit pas à la pénétration. [Il est possible de] ressentir autant de plaisir en pratiquant la masturbation réciproque, les massages et/ou l'amour oral » (p. 156).

Si nous devons définir le RS suite aux différentes définitions énoncées précédemment, ce serait : un ensemble d'acte physique et/ou psychique entre deux ou plusieurs personnes de sexe opposé ou de même sexe. Il peut comprendre les préliminaires et/ou la pénétration. Ces derniers peuvent s'imbriquer durant une même relation ou être réalisés de manière indépendante, impliquant les organes génitaux et/ou les zones érogènes. Sa durée peut être variable d'un individu à l'autre et d'un moment à l'autre. Il peut être occasionnel ou répété, consenti ou forcé.

Le sperme

Le sperme, ou liquide séminal, est le liquide blanchâtre et légèrement collant expulsé par l'homme lors de l'éjaculation. Il renferme les spermatozoïdes, le liquide testiculaire et les sécrétions des glandes annexes. Le liquide séminal facilite le mouvement des spermatozoïdes. Il contient des nutriments et des substances chimiques qui les activent et protègent (Della Giusta, 1997, p. 148).

Les vésicules séminales produisent des PG, qui réduisent la viscosité du mucus du col utérin et stimulent un anti-péristaltisme de l'utérus, ce qui aide la progression des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines vers les trompes utérines. Le sperme humain est la source naturelle la plus riche en PG et en contient environ 13 différentes. Ces dernières seraient absorbées par la paroi vaginale après l'éjaculation et passeraient dans le flux circulatoire pour être éliminées par voie rénale. C'est cette constatation qui a entraîné plusieurs polémiques quant à leur éventuelle action sur la survenue des CU et la maturation du col (Bendvold, Gottlieb, Svanborg, Bygdeman & Eneroth, 1987, p. 463 ; Ruol, 2000, p. 17).

Le sperme contient également d'autres hormones comme la relaxine et certaines enzymes qui accroissent la mobilité des spermatozoïdes. Son alcalinité neutralise l'acidité urétrale masculine, ainsi que celle du vagin, ce qui protège les spermatozoïdes et facilite leur mobilité. Le sperme contient aussi des substances capables d'inactiver la réponse immunitaire des voies génitales féminines et des substances antibiotiques qui détruisent certaines bactéries (Marieb & Hoehn, 2010).

Grâce aux facteurs de coagulation qu'il contient, le sperme coagule après l'éjaculation, ce qui permet son adhésion aux parois du vagin. Ceci l'empêche de s'écouler prématurément. Une enzyme permet ensuite de liquéfier la masse visqueuse pour permettre aux spermatozoïdes de progresser dans les voies génitales de la femme (Marieb & Hoehn, 2010).

L'éjaculation

L'éjaculation est la projection de sperme à l'extérieur des voies génitales de l'homme. C'est un acte physiologique réflexe régi par le système nerveux sympathique (Della Giusta, 1997; Quevauvilliers, 2007).

L'éjaculation correspond au moment final de la chaîne fonctionnelle "désir-érection-orgasme-éjaculation", qui définit le comportement sexuel masculin.

Contrairement à ce que l'on pense, l'orgasme ne correspond pas à l'éjaculation. Ce sont deux événements de la réponse sexuelle masculine séparés, l'un successif à l'autre, coordonnés mais indépendants sur le plan des mécanismes qui les déterminent : celui de l'émission de liquide séminal dans les voies spermatiques et celui de l'expulsion, avec des contractions musculaires bulbaires et périnéales. Lors d'une éjaculation, la quantité de sperme expulsée est de deux à cinq millilitres ; un total d'environ un milligramme de PG est libéré, ainsi que 20 à 150 millions de spermatozoïdes (Bendvold et al., 1987 ; Marieb & Hoehn, 2010).

Les zones érogènes

Freud a décrit en 1905 le concept de zones érogènes dans ses *Trois Essais sur la sexualité*. Il le définit comme « une région épidermique ou muqueuse qui, excitée d'une certaine façon, procure une sensation de plaisir d'une qualité particulière ». Pour lui, « n'importe quelle partie du corps peut s'élever au rang de zone érogène » (cité par Brenot, 2004, p. 711).

Les zones érogènes peuvent être classifiées en deux catégories : primaires et secondaires. Les zones primaires ou orgasmogènes sont localisées au niveau génital (gland du clitoris et vagin). En ce qui concerne les zones érogènes secondaires, « il peut s'agir de zones génitales (le sexe : grandes lèvres, vulve, vestibule et pubis), périgénitale (périnée, canal anal), mais surtout extragénitales (loin du sexe), comme les lèvres, la nuque, le cou, le ventre, les fesses... » (Dupin & Hédon, 1999, p. 19).

Les seins sont au cœur de la féminité et de la séduction ; « leur pouvoir érogène est variable, presque inexistant chez certaines femmes, important chez d'autres » (Dupin & Hédon, 1999, p. 20).

La StM est une pratique qui existe depuis l'Antiquité. Suite à la constatation que la tétée provoquait des CU dans le post-partum, Hippocrate suggérait de mettre des nouveau-nés au sein des femmes en travail pour accélérer l'accouchement (Moeglin, Baldauf, Legrand, Ritter & Gandar, 1986, p. 355). Cette méthode a été utilisée pendant des siècles par les sages-femmes et dans différentes cultures. Selon Curtis (1999), Ploss & Bartels ont décrit, en 1935, l'utilisation de cette pratique pour augmenter le travail de l'accouchement dans de nombreuses ethnies de différentes régions du monde. Il dit également qu'au XVIII^e et XIX^e siècles, de nombreux écrits médicaux en France, en Allemagne et en Angleterre ont reporté l'utilisation de la StM lors de grossesses prolongées (traduction libre, p. 124). Isabelle Brabant, sage-femme canadienne, nomme cette pratique dans son ouvrage dédié aux futurs parents pour favoriser le déclenchement du travail de l'accouchement.

La StM peut-être pratiquée mécaniquement avec un tire-lait, manuellement ou oralement avec l'aide du conjoint ou de son enfant qu'elle allaiterait encore. Elle met en garde les femmes qui auraient des CU plus fréquentes qu'aux trois minutes ou plus longues que deux minutes, d'interrompre temporairement la StM et de reprendre plus doucement par la suite (p. 165).

Les préliminaires et la masturbation

Pour la majorité des femmes, les préliminaires ont une grande importance dans l'acte sexuel. Contrairement aux hommes,

L'érotisme féminin est diffus. Loin de se limiter aux organes génitaux, il s'exprime à travers le corps, l'esprit et l'ensemble de nos sens. Il relève du toucher et de l'ouïe ; il est lié à l'odeur, à la peau, au contact. L'excitation des femmes est souvent plus subjective que physique et leur désir se déploie selon un large éventail d'émotions (Perel, 2007, p. 189).

Les préliminaires comprennent différentes pratiques permettant de faire émerger le désir, l'imaginaire érotique et l'excitation sexuelle. Parmi celles-ci, nous retrouvons les différentes atmosphères et mises en scènes créées par le couple, les caresses, les massages, les baisers, le sexe oral (fellation et cunnilingus) et la masturbation (Baccigalupo, 2006, pp. 193-196).

La masturbation a été définie par Masters & Jonhson comme étant « un plaisir sexuel solitaire obtenu par une quelconque forme de stimulation physique directe » (Baccigalupo, 2006, p. 190). Brenot la décrit comme « un comportement auto-érotique, pouvant également trouver sa place dans la relation à l'autre et qui participe surtout à la masturbation sexuelle par un apprentissage des réactions sexuelles avec le corps propre » (Baccigalupo, 2006, p. 190). Étymologiquement, le mot "masturbation" dériverait du latin *manus* et *stuprare* signifiant respectivement main et souiller (Baccigalupo, 2006, p. 189). Cette traduction relève ainsi la connotation négative qu'on peut lui attribuer.

En 1758, dans *Essai sur les maladies produites par la masturbation*, Serge Tissot, médecin Suisse, décrit cette pratique comme étant une maladie. Celle-ci pourrait alors engendrer « fatigue, perte de mémoire, cécité, surdité, et bien d'autres tracasseries susceptibles d'amener une dégénérescence neurologique, avec perte de capacités mentales de l'individu, épilepsie, hystérie chez la femme, folie, voire décès » (Baccigalupo, 2006, p. 190). Ces croyances ont été abandonnées par le corps médical qu'à partir du XX^e siècle.

A l'heure actuelle, cet acte reste un tabou tant pour les hommes que pour les femmes. Comme l'explique Colson (2007), l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale a comparé deux rapports sur la sexualité des Français de 1992 à 2007. Il a ainsi démontré l'évolution des pratiques : en 1992, 42% des femmes se masturbaient contre 60% en 2007 (pp. 78-79).

Pour les femmes, la masturbation est souvent découverte après le début d'une vie sexuelle en couple. C'est un moyen pour mieux connaître son corps et ses réactions sexuelles (Colson, 2007, p. 79). Souvent apparenté à un plaisir solitaire, la masturbation trouve sa place au sein de la vie sexuelle d'un couple « soit à la demande du conjoint, pour lequel regarder sa partenaire se caresser est un fort stimulant, soit parce que la masturbation permet à la femme d'enseigner à l'homme les bonnes caresses » (Baccigalupo, 2006, p. 192).

Les réactions sexuelles féminines

Au début des années 1960, une étude scientifique menée par William Howell Masters et Virginia Johnson a permis de décrire les réactions sexuelles. Celles-ci se composent de « quatre phases, plus ou moins intriquées, qui existent aussi bien chez l'homme que chez la femme : la phase d'excitation, suivie de la phase dite de plateau, elle-même suivie de l'orgasme et, enfin, la phase de résolution » (Dupin & Hédon, 1999, pp. 23-24).

Phase d'excitation

Dès les premières stimulations érotiques et sous l'influence du désir, l'érection des mamelons sera l'une des premières manifestations de l'excitation. Cela se produit grâce à la contraction involontaire des fibres musculaires de ceux-ci et la taille des seins va augmenter sous l'effet de l'engorgement vasculaire (Masters & Jonhson, 1976, pp. 46-47).

Chez les nullipares*, les grandes lèvres vont s'amincir et s'aplatir contre le périnée. Elles vont subir une légère élévation antéro-latérale suite à l'engorgement et la vaso-congestion du tiers externe du vagin. Pour les multipares*, au contraire, l'afflux de sang va détendre les grandes lèvres et les écarter légèrement sur les côtés (Masters & Jonhson, 1976, p. 58).

On observe une vaso-congestion des plexus veineux pelviens. Ceci provoque une augmentation de la taille du clitoris, ainsi qu'un gonflement et une dilatation du vagin permettant ainsi le passage du pénis. Les muscles périvaginaux et le gonflement des bulbes vestibulaires réduisent le diamètre du tiers externe du vagin, ce qui enserre la base du pénis.

Il y a également un allongement et une dilatation des deux tiers internes du vagin, ainsi qu'une élévation du col. De plus, un transsudat, conséquent à la vasodilatation du plexus veineux périvaginal et non aux glandes de Bartholin, apparaît et lubrifie les parois et l'entrée du vagin (Brenot, 2004, p. 441 ; Colson, 2007, p. 66 ; Dupin & Hédon, 1999, pp. 23-24, Masters & Jonhson, 1976, pp. 70-95).

Phase en plateau

On observe un engorgement des aréoles qui, par leur tumescence, donneront l'illusion que les mamelons ne sont plus en érection. Le volume des seins est alors augmenté d'un cinquième voire d'un quart par rapport à la normale (Masters & Jonhson, 1976, p. 48).

Les petites lèvres vont augmenter de deux voire trois fois leur diamètre. Leur engorgement va entraîner un changement de couleur vif (Masters & Jonhson, 1976, p. 60). Le clitoris augmente de volume et se rétracte sous le prépuce clitoridien. L'expansion du vagin et sa lubrification sont maximales. La partie profonde du vagin prend la forme d'un réceptacle, nécessaire à la rétention du liquide séminal. L'orifice vaginal devient turgescent par augmentation de la congestion qui s'étend vers les lèvres et le périnée. L'utérus, quant à lui, remonte dans la cavité abdominale (Brenot, 2004, p. 441 ; Dupin & Hédon, 1999, pp. 23-26).

On observe l'apparition de rougeurs cutanées, appelées "rougeurs sexuelles", au niveau de l'épigastre, puis sur la partie antéro-supérieure des seins, les épaules, les bras et le bas-ventre (Masters & Jonhson, 1976, p. 50). Durant cette phase, la contraction involontaire des muscles généralisé ou localisé est visible. On appelle cet événement myotonie (Masters & Jonhson, 1976, p. 51). D'autres manifestations corporelles s'accroissent : l'augmentation de la tension artérielle, l'accélération du rythme cardiaque et respiratoire (Brenot, 2004, p. 441 ; Dupin & Hédon, 1999, pp. 23-26).

Phase orgasmique

« Etymologiquement, le mot orgasme vient du grec *orgaô*, "bouillonner de sève et d'ardeur", "être plein d'humidité, de suc et d'effervescence" » (Brenot, 2004, p. 440).

Pour la femme, l'orgasme est une expérience psychophysiologique qui se déroule sous l'influence d'un contexte psychosocial, lequel lui donne son sens. Physiologiquement, c'est un bref épisode de relâchement physique de l'augmentation de la vaso-congestion et de la myotonie développée en réponse aux stimuli sexuels. Psychologiquement, c'est une perception subjective d'une réaction physique maximum aux stimuli sexuels (Masters & Jonhson, 1976, p. 147).

Lorsque l'orgasme est imminent, le vagin diminue son volume d'un tiers et se gorge de sang. Au moment de l'orgasme, les muscles périnéaux, périvaginaux et le muscle utérin se contractent « de façon tonique ("spasme initial de la plate-forme") homologue à la phase de charge masculin, puis de façon clonique : 3 à 15 contractions toutes les 0,8 secondes, cet intervalle augmentant avec les dernières contractions qui diminuent en intensité » (Dupin & Hédon, 1999, pp. 23-24).

Ainsi, « l'orgasme est limité aux quelques secondes pendant lesquelles se produit un brusque relâchement de l'engorgement vasculaire et de la tension musculaire » (Brenot, 2004, p. 441). Masters & Jonhson (1976) ont démontré une distension involontaire du méat urétral durant l'orgasme chez une majorité des femmes. Ces dernières ont alors rapportées le besoin d'uriner pendant ou juste après le RS (p. 51).

Durant cette phase, les rougeurs sexuelles s'étendent sur la partie inférieure des seins, la face antéro-latérales des cuisses, les fesses et le dos. À la fin de la phase orgasmique, la femme peut avoir le visage rouge et les traits tirés (Masters & Jonhson, 1976, p. 50).

Chez la femme, l'orgasme est unique dans sa forme mais diffère, d'une fois à l'autre et d'une femme à l'autre, par son intensité, sa durée et son ressenti. « Que ceux-ci soient issus de stimulations clitoridiennes ou vaginales, les orgasmes réagissent selon le même modèle » (Langis & Germain, 2009, p. 88). Contrairement aux hommes, les femmes peuvent ressentir plusieurs orgasmes à la suite avant la phase de résolution. Selon une étude épidémiologique de Fugl-Meyer, menée en 2006, près d'une femme sur deux de moins de 34 ans a expérimenté son premier orgasme par des caresses ; deux femmes sur trois de plus de 35 ans l'ont obtenu par la pénétration (Colson, 2007, p. 105).

Les femmes décrivent :

Des sensations d'une grande intensité, au clitoris d'abord, se propagent ensuite vers le haut du bassin. [...] Ensuite, une chaleur intense est ressentie dans la région pelvienne et diffuse dans tout le corps. Finalement, la femme ressent des contractions involontaires ou des palpitations qui partent du vagin ou de son environnement immédiat. Ces sensations peuvent se vivre de différentes façons selon que l'orgasme est provoqué par des caresses manuelles ou buccogénitales, par l'usage d'un vibromasseur, ou encore par le coït (Langis & Germain, 2009, p. 88).

Phase de résolution

Cette phase a lieu après la décharge orgasmique. C'est un état de détente et de bien-être durant moins d'une dizaine de minutes durant laquelle l'excitation n'est plus possible. D'un point de vue physiologique, c'est le retour à l'état antérieur avec disparition de l'afflux sanguin, diminution et émergence du clitoris hors du prépuce, diminution du rythme cardiaque et respiratoire (Colson, 2007, p. 63-66 ; Dupin & Hédon, 1999, pp. 24-26). Il y aura une détumescence des aréoles ce qui donnera l'impression que les mamelons sont à nouveau en érection, ainsi qu'une diminution du volume mammaire. Les rougeurs cutanées disparaissent rapidement au niveau du bas-ventre, des bras, des cuisses, des fesses et du dos et plus lentement au niveau de la poitrine, des seins, du visage et de l'épigastre. Beaucoup de femmes ont décrit des sensations de chaud ou de froid (Masters & Jonhson, 1976, pp. 49-54).

2.2.3. La sexualité et la maternité

Durant l'Antiquité grecque et romaine, les recommandations en matière de sexualité étaient contradictoires. Pour Hippocrate, la santé de la mère influe sur celle de son enfant. La femme enceinte apparaît alors comme une femme en bonne santé, vu que le fœtus grandit et grossit. Cet état de santé est maintenu par les RS ; ceux-ci « humidifient la matrice et l'empêchent de se déplacer ». Il ajoute toutefois que pratiqués trop fréquemment, les RS provoqueraient des béances du col et des avortements spontanés (Tardieu, 2004, p. 17). Au Moyen-âge, la moralité chrétienne veut que les RS soient autorisées uniquement dans un but de procréation. Ainsi, ils sont interdits et condamnés pendant la grossesse (Casta-Rosaz, 2004 ; Tardieu, 2004).

La sexualité des couples au fil de la grossesse

Après avoir lu plusieurs ouvrages sur le sujet de la sexualité féminine, nous constatons que très peu abordent la sexualité au cours de la grossesse. S'ils en parlent, cela ne représente qu'un paragraphe de leur livre. A noter aussi que dans plusieurs documents, la grossesse se trouve dans le chapitre concernant les dysfonctions sexuelles féminines. Effectivement, la grossesse modifie la perception de la sexualité et nécessite des adaptations de la part des deux partenaires, mais cela n'engendre ou ne révèle, heureusement, que rarement des dysfonctions.

Selon Marc Ganem, sexologue, la sexualité pendant la grossesse se divise en quatre phases, la première est de la conception à la 12^e SA, puis de ces 12 semaines jusqu'au début du huitième mois, puis du huitième mois au début du neuvième et finalement, des dernières semaines à l'arrivée de bébé (Lopès & Poudat, 2007, p. 101).

Il y a pendant les trois premiers mois, de grands changements tant physiques que psychologiques et émotionnels, par rapport à l'acceptation de cette grossesse et de tout ce qu'elle va engendrer. Ceci entraîne une réduction des RS d'environ 20%, par diminution de la libido (Lopès & Poudat, 2007, p. 101).

Dès le troisième mois, la femme se sent généralement mieux, a moins de maux de la grossesse, accepte ses formes et intègre "sa différence".

La crainte de la fausse couche s'est évanouie, le spectre d'une éventuelle prématurité n'est pas encore présent, l'enfant bouge et rassure, sans encore déranger, la prise de poids n'est pas trop invalidante, [...] le ventre qui "pointe" sous la robe ne laisse jamais indifférent l'œil de l'"autre", [...]. Tout cela renforce la sécurité affective qui est un élément fondamental du désir féminin (Lopès & Poudat, 2007, pp. 101-102).

Le conjoint commence à réaliser sa future paternité. Le couple est alors sur la même longueur d'onde, ce qui rend leurs ressentis plus harmonieux et donc leur sexualité plus épanouie (Lopès & Poudat, 2007, p. 101).

Il n'est pas rare de constater une diminution plus ou moins brutale des RS au cours du huitième mois de grossesse, qui s'explique en partie par de nouvelles peurs et une baisse de la libido chez l'homme.

La peur de "faire mal au fœtus" en particulier quand la femme déclare que la tête est basse et une baisse de leur libido souvent mal exprimée, mais généralement en rapport avec les modifications réelles de l'image du corps de leur femme (Lopès & Poudat, 2007, p. 103).

Leur sexualité est alors divisée entre périodes d'euphorie et « phases de calme plat que le couple met à profit pour se recentrer sur l'enfant à venir » (Lopès & Poudat, 2007, p. 103).

Selon Lopès & Poudat (2007), le neuvième mois et celui « des interrogations à la fois existentielles et sexuelles » (p. 103). Il y a l'attente du moment de la rencontre et en même temps la peur de l'inconnu. Pour ce qui est de la sexualité, le couple doit faire face à des obligations d'adaptation : elle s'exprime « sur un mode plus doux du fait de la difficulté pour la femme à se mouvoir ou à maintenir les positions auparavant utilisées » (pp. 103-104). En effet, même si cela n'a jamais été le cas précédemment, ce sont les positions où le partenaire se situe à l'arrière qui seront plus facilement praticables.

Cela peut être déstabilisant pour la femme, qui se sent désorientée « au niveau d'une intimité totalement modifiée par la position arrière du rapport et la présence du fœtus dans un ventre imposant, mais non érotisé », et peut alors renoncer aux RS (Lopès & Poudat, 2007, p. 104).

Les changements des organes sexuels lors d'une grossesse

La modification des seins, provoquée par les œstrogènes et la progestérone, est l'un des premiers indicateurs d'une grossesse. Dès le premier trimestre, l'augmentation des lits vasculaires et glandulaires vont augmenter rapidement leur taille. On observe l'apparition du réseau veineux à la surface des seins, ainsi qu'une turgescence des aréoles et des mamelons (Masters & Johnson, 1974, p. 163, Ladewig, London & Davidson, 2010, p. 189).

Les œstrogènes vont conduire à un épaississement de la paroi vaginale et à un assouplissement du tissu conjonctif. Cette hormone va également rendre les sécrétions vaginales (leucorrhées) plus abondantes (Ladewig, London & Davidson, 2010, p. 189). Il y a une augmentation de la vascularisation des viscères pelviens, ce qui crée une vasocongestion plus importante (Masters & Johnson, 1974, p. 165).

L'utérus va augmenter de volume par l'hypertrophie et l'hyperplasie des cellules myométriales, sous l'action des œstrogènes et la croissance du fœtus. Les œstrogènes vont également stimuler le tissu glandulaire du col de l'utérus en multipliant les cellules endocervicales et en augmentant leur activité sécrétrice afin de produire le bouchon muqueux (Ladewig, London & Davidson, 2010, p. 188).

Les réactions sexuelles de la femme enceinte

Ce chapitre n'est pas une répétition de ce qui a été décrit dans le chapitre 2.2.2. Seul les variations inhérentes à la grossesse seront décrites.

Phase d'excitation

La grossesse augmente la vascularisation des viscères pelviens et ainsi la vasocongestion généralisée de cette région. La réponse pelvienne lors de stimuli sexuels est ainsi plus importante. Les petites lèvres seront très engorgées en sang et feront jusqu'à deux à trois fois leur taille habituelle. La lubrification vaginale semble également être plus rapide et plus importante lors de la grossesse. Pour les femmes multipares, les grandes lèvres seront extrêmement gorgées de sang et par conséquent plus œdémateuses qu'à l'état non gravide (Masters & Johnson, 1974, pp. 166-167).

Phase en plateau

Lors de stimulation sexuelle, la congestion des seins chez les femmes nullipares est plus importante qu'à l'état non gravide. Les seins vont augmenter de volume de 20 à 25% durant cette phase. En début de grossesse, les femmes se plaignent souvent de tensions mammaires douloureuses, accentuées lors de l'excitation. Lors de stimulations sexuelles prolongées, l'engorgement veineux du tiers externe du vagin est plus important et réduit de 75% la taille de l'orifice vaginal. Plus la grossesse est avancée, plus la congestion est importante et augmente les réponses sexuelles (Masters & Johnson, 1974, pp. 163-168).

Phase orgasmique

Suite à l'augmentation de la vaso-congestion pelvienne, de nombreuses femmes décrivent une modification du plaisir lors du deuxième trimestre, avec l'expérience d'orgasmes multiples. Pour d'autres, la grossesse est le moment où elles découvriront leur premier orgasme. Durant le troisième trimestre et plus particulièrement lors des dernières semaines, l'orgasme peut conduire à un spasme tonique de l'utérus plutôt qu'à des CU répétées. Les chercheurs ont alors observé un ralentissement des battements cardiaques fœtaux transitoire, sans autre signe de gêne fœtale (Masters & Johnson, 1974, pp. 165-169).

Phase de résolution

Cette phase est celle qui diffère le plus lors de la grossesse. En effet, la vaso-congestion est telle que le bassin n'est pas complètement soulagé par l'expérience orgasmique. Plus la grossesse avance, moins le soulagement est efficace. Pendant le deuxième trimestre, cette phase peut durer 10 à 15 minutes chez les femmes nullipares et 30 à 45 minutes chez les multipares pour que l'engorgement des lèvres et la congestion vaginale due aux tensions sexuelles disparaissent (Masters & Johnson, 1974, pp. 168-169).

La sexualité pendant la grossesse dans le monde

Dans son ouvrage consacré aux rites de l'enfantement dans le monde, Bartoli (2007) décrit les différentes pratiques sexuelles durant la grossesse. Pour certaines ethnies, les RS sont indispensables au bon développement du fœtus. En effet, au Zaïre, au Burkina-Faso, en Côte-d'Ivoire ou au Ghana, le fœtus aurait besoin du liquide séminal, nommé ainsi "lait de croissance", pour se nourrir et se former. Au Brésil, les indiens txikaos pensent même que sans sperme, il y aurait avortement car l'enfant n'est plus viable. Au Nigeria, la pénétration permet de préparer le travail de l'accouchement en gardant continuellement les voies génitales ouvertes.

Pour d'autres ethnies, les RS sont stoppés durant la grossesse. Au Gabon, après cinq mois de grossesse, les RS rendent l'enfant sale à la naissance. Après huit mois, les spermatozoïdes pourraient même entraîner, in utéro, de la fièvre au fœtus. A Java, les RS conduiraient à des malformations fœtales. A Taiwan, les Yamis n'en ont plus après six mois de grossesse pour que l'enfant ne grossisse pas trop. Dans les Andes péruviennes, les RS sont stoppés après sept mois, par peur que le pénis puisse toucher l'enfant et aplatir son nez (pp. 120-121).

Ce cadre de référence a pour objectif une meilleure compréhension de l'analyse des résultats et de la question de recherche. Pour rappel, cette dernière est : « Impact des relations sexuelles sur la modification cervicale et la mise en travail de l'accouchement au terme d'une grossesse à bas risque ».

3. MÉTHODOLOGIE

La réalisation de ce travail s'est construite sur plusieurs mois. Dans un premier temps, le module *Construction d'un cadre de référence* nous a permis d'investiguer, en septembre 2011, la thématique que nous souhaitons aborder, ainsi que la sélection de quatre articles. Par la suite, nous avons approfondi nos recherches et avons élaboré ce travail. Pour expliquer notre parcours de recherche, nous avons choisi de le présenter sous forme de tableaux, afin d'en faciliter sa lecture et sa compréhension.

3.1. Limites et contraintes de la recherche d'articles

D'un commun accord, nous avons décidé de cibler nos recherches sur l'impact des RS au terme d'une grossesse à bas risque. Cependant, la recherche a été complexe, notamment pour les raisons suivantes : cette thématique a été beaucoup travaillée entre les années 1960-90, mais très peu de recherches ont été menées depuis. De plus, plusieurs articles sélectionnés présentent de nombreux biais et facteurs de confusion (cf. chapitre 3.4) ou n'apportent aucune conclusion significative. Nous avons effectué de nombreuses recherches sur les différentes bases de données de la littérature médicale afin d'obtenir des articles récents et pertinents.

3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

La sélection des articles s'est articulée selon certains critères d'inclusion et d'exclusion en lien avec la question de recherche.

Nous avons choisi d'inclure des études datant de plus de 1985. Les femmes incluses dans les études sont âgées d'au moins 18 ans et sont en bonne santé générale. Elles sont primigestes* ou multipares à terme de leur grossesse ou post-terme. Leur grossesse est unique (un seul fœtus) et à bas risque (cf critères d'exclusion). Elles ne doivent pas avoir de contre-indications aux RS liées à leur grossesse, à leur santé ou à celle du fœtus. Les auteurs des études ont précisé les critères de recherches en lien avec la sexualité qu'ils souhaitent étudier : RS, StM, orgasme, masturbation, éjaculation, sperme, pénétration.

Ainsi, nous avons exclu les études dans lesquelles les femmes présentaient :

- des pathologies de la grossesse : pré-éclampsie, hypertension gravidique, diabète gestationnel, cholestase gravidique,
- des pathologies maternelles : diabète de type I ou II, épilepsie, etc.,
- des contre-indications à un accouchement par voie basse : herpès génital, placenta prævia ou accreta, une présentation fœtale podalique ou transverse, un antécédent de césarienne, une césarienne élective et/ou itérative, des malformations génitales ou mutilations génitales féminines,
- des hospitalisations et/ou surveillances accrues durant la grossesse liées à une MAP, une infection vaginale ou urinaire, des maladies sexuellement transmissibles, des saignements indéterminés, des décollements placentaires partiels durant la grossesse, des pathologies et/ou malformations fœtales.

3.3. Recherche de mots clés

Avant de débiter la recherche d'articles scientifiques, il était nécessaire de définir les termes appropriés à la thématique. Nous avons défini les mots clés adéquats ; puis, nous les avons traduits en anglais et enfin en MeSH Term (Medical subject Headings).

Pour procéder à cette dernière étape, nous avons employé le moteur de recherche lexical HON Select.

Mots clé français	Traduction anglaise	MeSH Term
Accouchement	Delivery / Obstetric Labor	Labor, Obstetric
Accouchement déclenché	Induced Labor	Labor, Induced
Activité sexuelle	Sexual Activity	Sexual Behavior
Col de l'utérus	Cervix / Uterine Cervix	Cervix Uteri
Contraction utérine	Contraction, Uterine	Uterine Contraction
Début du travail	Labor Onset	Labor Onset
Dilatation cervicale	Cervical Dilatation	Labor Stage, First
Ejaculation	Ejaculation	Ejaculation
Femme enceinte	Pregnant Woman	Pregnant Women
Grossesse	Pregnancy	Pregnancy
Hormone	Hormone	Hormone
Mamelon / stimulation mamelonnaire	Nipples / nipples stimulation	Nipples / nipples stimulation
Masturbation	Masturbation	Masturbation
Maturation cervicale	Cervical ripening	Cervical ripening
Ocytocine	Oxytocin / Pitocin	Oxytocin
Orgasme	Orgasm	Orgasm
Pronostic de la grossesse	Pregnancy Outcomes	Pregnancy Outcome
Prostaglandine	Prostaglandin	Prostaglandin
Rapport sexuel / coït	Coitus / Sexual intercourse	Coitus
Seins / stimulation mammaire	Breast / breast stimulation	Breast / breast stimulation
Sexualité	Sexuality	Sexuality
Sperme	Semen, Seminal Plasma	Semen

3.4. Recherche sur les bases de données scientifiques

Afin d'obtenir un large échantillonnage d'articles, nous avons réalisé diverses combinaisons de mots clés dans les différentes bases de données de littérature médicale.

La recherche d'articles pertinents et récents s'est avérée difficile. C'est pourquoi, nous avons réalisé de très nombreuses combinaisons de mots que nous avons répertoriés de manière générale dans le tableau suivant :

Mot clé principal	Combinaison	Mots clés secondaires	
Pregnancy	[AND]	♦ Coitus	♦ Orgasm
Pregnant women		♦ Sexuality	♦ Breast(s) ± stimulation
		♦ Sexual activity / Sexual behavior	♦ Nipple(s) ± stimulation
		♦ Masturbation	♦ Semen
		♦ Delivery / Labor, Obstetric	♦ Ejaculation
Orgasm	[AND]	♦ Hormone	♦ Pregnancy outcome
		♦ ± Oxytocin / Pitocin / Oxytocin	♦ Labor onset
		♦ Prostaglandin	♦ Uterine contraction
		♦ Induced labor / Labor, induced	♦ Cervix / Cervix uteri
		♦ Delivery / Labor, obstetric	♦ Cervical dilatation / Labor stage, first
			♦ Cervical ripening
Breast(s) / Breast(s) stimulation	[AND]	♦ Hormone	♦ Uterine contraction
		♦ Oxytocin / Pitocin / Oxytocin	♦ Cervix / Cervix uteri
		♦ Induced labor / Labor, induced	♦ Cervical dilatation / Labor stage, First
		♦ Pregnancy outcome	♦ Cervical ripening
		♦ Labor onset	♦ Delivery / Labor, Obstetric
Coitus	[AND]	♦ Hormone	♦ Labor onset
		♦ Oxytocin / Pitocin / Oxytocin	♦ Uterine contraction
		♦ Prostaglandin	♦ Cervix / Cervix uteri
		♦ Induced labor / Labor, induced	♦ Cervical dilatation / Labor stage, First
		♦ Pregnancy outcome	♦ Cervical ripening
		♦ Delivery / Labor, Obstetric	♦ Ejaculation
Masturbation			

A l'aide de l'opérateur booléen [OR], les deux termes principaux, contenus dans la première colonne ont été combinés. Les différents mots de la troisième colonne (termes en anglais ou MeSH Term selon la base de données) ont également été assemblés avec l'opérateur [OR] ou [AND]. Finalement, nous avons lié ces deux colonnes par [AND].

Nous avons réalisé nos recherches sur différentes bases de données : CINAHL, MIDIRS, Medline via Pubmed, The Cochrane Library, Francis, PsycINFO et Santé Canada.

Francis, PsycINFO et Santé Canada

Suite à nos recherches, ces trois bases de données n'ont donné aucun résultat.

CINAHL

En combinant :

Coitus [AND] Labor onset, quatre articles apparaissaient dont :

- n°1 : Schaffir, J. (2006). Sexual Intercourse at Term and Onset of Labor. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 107(6), 1310-1314.

Breast stimulation [AND] Delivery, quatre articles dont :

- n°2 : Curtis, P., Resnick, J. C., Evens, S. & Thompson, C. J. (1999). A Comparison of Breast Stimulation and Intravenous Oxytocin for the Augmentation of Labor. *Birth*, 26(2), 115-122.

Nous avons choisi de ne pas garder l'article n°2 car la population de femmes étudiées comprend des patientes ayant eu une rupture spontanée des membranes. Hors, nous ne connaissons ni l'indice de liquide amniotique, ni les conditions de la rupture (franche ou haute).

MIDIRS

En combinant :

Coitus [AND] Delivery, 47 articles apparaissaient dont le n°1 et :

- n°3 : Tan, P. C., Andi, A., Azmi, N. & Noraihan, M. N. (2006). Effect of Coitus at Term on Length of Gestation, Induction of Labor, and Mode of Delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 108(1), 134-140.

- n°4 : Tan, P. C., Yow, C. M. & Omar, S. Z. (2007). Effect of Coital Activity on Onset of Labor in Women Scheduled for Labor Induction. A Randomized Controlled Trial. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 110(4), 820-826.
- n°5 : Tan, P. C., Yow, C. M. & Omar, S. Z. (2009). Coitus and orgasm at term : effect on spontaneous labor and pregnancy outcome. *Singapore Medical Journal*, 50(11), 1062-1067.

Nipple [AND] Delivery, 45 articles dont le n°2 et :

- n°6 : 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.

Breast stimulation [AND] Labor induction, sept articles dont :

- n°7 : Segal, S., Gerner, O., Zohav, E., Siani, M. & Sassoon, E. (1995). Evaluation of breast stimulation for induction of labor in women with a prior cesarean section and in gradmultiparas. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74, 40-41.

Breast [AND] Cervical ripening, neuf articles dont :

- n°8 : Christensson K., Nilsson, B. A., Stock, S., Matthiesen, A. S. & Uvnäs-Moberg, K. (1989). Effect of nipple stimulation on uterine activity and on plasma levels of oxytocin in full term, healthy, pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 68, 205-210.

Après analyse, nous n'avons pas conservé le n°7, dans lequel l'un des groupes était composé de femmes ayant un antécédent de césarienne, dont l'indication n'était pas expliquée. Le n°8 n'a également pas été retenu car l'échantillon de femmes n'était pas assez grand (dix femmes incluses seulement).

Medline via Pubmed

En combinant :

Pregnancy [MeSH Terms] [AND] Coitus [MeSH Terms] [AND] Labor, obstetric [MeSH Terms], 59 articles ont été obtenu dont les n°1, 3, 4, 5 et :

- n°9 : Omar, N. S., Tan, P. C., Sabir, N., Yusop, E. S. & Omar, S. Z. (2012). Coitus to expedite the onset of labour : a randomised trial. *International Journal of Obstetrics and Gyneacology*, 338-345. doi : 10.1111/1471-0528.12054

Pregnancy [MeSH Terms] [AND] Coitus [MeSH Terms] [AND] Orgasm [MeSH Terms], 66 articles dont :

- n°10 : Sayle, A. E., Savitz, D. A. & Williams, J. F. (2003). Accuracy of reporting of sexual activity during late pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17, 143-147.

Breast [MeSH Terms] [AND] Labor, induced [MeSH Terms], 39 articles dont les n°2, 6 et :

- n°11 : Adewole, I. F., Franklin, O. & Matiluko, A. A. (1993). Cervical ripening and induction of labour by breast stimulation. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 22, 81-86.
- n°12 : Kadar, N., Tapp, A. & Wong, A. (1990). The Influence of Nipple Stimulation at Term and the Duration of Pregnancy. *Journal of Perinatology*, 10(2), 164-166.

Breast [MeSH Terms] [AND] Cervix uteri [MeSH Terms], 63 articles dont :

- n°13 : Di Lieto, A., Miranda, L., Ardito, P., Favale, P. & Albano, G. (1989). Changes in the Bishop Score induced by manual nipple stimulation. A cross-over randomized study. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 16(1), 26-29.

Nipples [MeSH Terms] [AND] Labor, obstetric [MeSH Terms] : 61 articles dont les n°2 et n°8.

Nous n'analyserons pas les n°9, 10 et 12. L'article n°9 ne répond pas à notre questionnement de recherche ; dans le n°10, les femmes ont été recrutées à 28 SA, celles qui ont accouché avant 37 SA ont été rappelé après la naissance de leur enfant pour établir la fréquence et le nombre de RS et d'orgasmes avant leur accouchement (hors notre question de recherche considère des femmes enceintes à terme), il n'y a pas de distinction faite entre les femmes ayant accouché prématurément ou à terme. De plus, l'inclusion des femmes s'est fait par téléphone et à aucun moment il n'y a eu d'évaluation du score cervical. Enfin, dans l'article n°12, les auteurs relèvent comme biais le manque important de compliance des patientes, c'est pourquoi nous émettons un doute quant à la pertinence des résultats obtenus.

The Cochrane Library

Avec les mots clés suivants :

Pregnancy [AND] Breast stimulation, 112 articles ont été trouvés. Aucun article de recherche ne répondait à nos critères de recherche. Cependant, nous avons trouvé deux revues de la littérature qui ont retenu notre attention et qui seront utilisées dans la discussion:

- n°14 : Kavanagh, J., Kelly, A. J. & Thomas, J. (2008). Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-11. doi :10.1002/14651858.CD003093
- n°15 : Kavanagh, J., Kelly, A. J. & Thomas, J. (2010). Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-50. doi : 10.1002/14651858.CD003392.pub2

3.5. Screening des bibliographies

Suite à l'étude des articles sélectionnés, nous souhaitons pouvoir compléter notre recherche par la lecture des références bibliographiques utilisées par les auteurs. Nous nous sommes rendues compte que nous avons les mêmes références qu'eux. Les références supplémentaires ne répondaient pas à notre questionnement de recherche ou les articles étaient trop anciens (années 1970-80).

Nous avons trouvé des études que nous n'analyserons pas en détails mais qui alimenteront notre réflexion.

Dans la revue de littérature n°14 apparaissait la référence suivante :

- Tomlinson, A. J., Colliver, D., Nelson, J. & Jackson, F. (1999). Does sexual intercourse at term influence the onset of labor ? A survey of attitudes of patients and their partners. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 19(5), 466-468.

Nous n'avons pas gardé cette étude car elle présente des défauts méthodologiques et des résultats qui ne sont pas en lien avec notre question de recherche.

Dans la revue de littérature n°15, deux des articles sélectionnés y était inclus :

- Elliott, J. P. & Flaherty, J. F. (1984). The use of breast stimulation to prevent postdate pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 149(6), 628-632.

- Amico, J. A. & Finley, B. E. (1986). Breast stimulation in cycling women, pregnant women and a woman with induced lactation : pattern of release of oxytocin, prolactin and luteinizing hormone. *Clinical Endocrinology*, 25, 97-106.

L'étude de Elliott & Flaherty a été citée par de nombreux auteurs dans leurs études. Nous ne l'avons pas sélectionnée car elle date de 1984. Par contre, nous l'avons utilisée dans la partie discussion.

En ce qui concerne l'étude d'Amico & Finley, nous ne l'avons pas conservée car elle ne répond pas à notre question de recherche.

D'autres références ont été utilisées lors de l'élaboration de notre cadre de référence. C'est le cas de :

- Curtis, P. (1999). Breast Stimulation to Augment Labor : History, Mystery, and Culture. *Birth*, 26(2), 123-126.
- Hofmeyr, G. J., Alfirevic, Z., Kelly, A. J., Kavanagh, J., Thomas, J., Neilson, J. P. & Dowswell, T. (2009). Methods for cervical ripening and labour induction in late pregnancy : generic protocol (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-9. doi : 10.1002/14651858.CD000941

Pour obtenir les articles recherchés n'étant pas en libre accès, nous avons fait appel aux bibliothécaires de la Haute Ecole de Santé (HEdS) et du Centre Médical Universitaire de Genève. Lorsque nous avons leurs adresses e-mail, nous avons sollicité les auteurs des études.

3.6. Construction de la revue de la littérature

Voici les sept articles répondant aux critères de notre questionnement de recherche ; ils sont classés selon la thématique (coït ou StM) :

- Adewole, I. F., Franklin, O. & Matiluko, A. A. (1993). Cervical ripening and induction of labour by breast stimulation. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 22, 81-86.
- Di Lieto, A., Miranda, L., Ardito, P., Favale, P. & Albano, G. (1989). Changes in the Bishop Score induced by manual nipple stimulation. A cross-over randomized study. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 16(1), 26-29.
- 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.

- Schaffir, J. (2006). Sexual Intercourse at Term and Onset of Labor. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 107(6), 1310-1314.
- Tan, P. C., Andi, A., Azmi, N. & Noraihan, M. N. (2006). Effect of Coitus at Term on Length of Gestation, Induction of Labor, and Mode of Delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 108(1), 134-140.
- Tan, P. C., Yow, C. M. & Omar, S. Z. (2007). Effect of Coital Activity on Onset of Labor in Women Scheduled for Labor Induction. A Randomized Controlled Trial. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 110(4), 820-826.
- Tan, P. C., Yow, C. M. & Omar, S. Z. (2009). Coitus and orgasm at term : effect on spontaneous labor and pregnancy outcome. *Singapore Medical Journal*, 50(11), 1062-1067.

Chacune de ces études fera l'objet d'une analyse détaillée dans les chapitres 4.1 et 4.2.

3.7. Recherche d'ouvrages

Nous avons recherché des ouvrages et des revues sur le catalogue du réseau des bibliothèques de Suisse occidentale. Nous avons également demandé conseil au Docteur Chatton, sexologue à Genève, qui nous a fourni des références d'articles et ouvrages en matière de sexualité humaine. Les différents ouvrages nous ont permis d'élaborer notre problématique ainsi que notre cadre de référence.

4. ANALYSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

4.1. Tableaux récapitulatifs

Titre Auteurs Pays Année Revue Impact Factor	Objectif	Design Méthodologie	Échantillon	Résultats significatifs	Forces	Limites
CERVICAL RIPENING BY BREAST STIMULATION Y. M. Salmon; W. H. Kee; S. L. Tan; S. W. Jen Singapour 1986 American College of Obstetricians & Gynecologists IF : 4,73	Explorer l'efficacité de la StM sur la modification cervicale lors d'une grossesse à bas risque à terme.	-Etude unicentrique, randomisée et croisée. -Randomisation en deux groupes : ttt & cô. StM dans le groupe ttt de 3h/jour pendant 3 jours puis croisement des groupes. -Evaluation du score de Bishop initial et après les 3 jours de StM.	100 femmes primigestes, à 38 SA révolues avec contexte prénatal sans particularité.	-Modification significative du score de Bishop dans le groupe ttt. -36% des femmes du groupe ttt et 0% dans le groupe cô se sont mises en travail sp dans les 3 premiers jours. -Après croisement des groupes, modification significative dans nouveau groupe ttt. -44.8% femmes du nouveau groupe cô se sont mises en travail sp contre 21,7% dans le nouveau groupe ttt.	-Le croisement des groupes permet à toutes les femmes d'accéder à la StM. -TV effectués par un seul et même médecin. -Spécifié de ne pas avoir de RS pdt l'étude, ce qui permet d'isoler l'effet de la StM. -Consentements obtenus.	-Saturation atteinte ? -Order effect.
CERVICAL RIPENING AND INDUCTION OF LABOUR BY BREAST STIMULATION I.F. Adewole; O. Franklin; A. A. Matiluko Nigéria 1993 African Journal of Medecine and Medical Sciences IF : en cours	1) Evaluer l'efficacité d'une StM unilatérale sur la modification du col et la mise en travail lors de grossesses à bas risque, chez des primigestes. 2) Idem avec des multipares.	-Etude unicentrique, randomisée et croisée. 1) Randomisation en 2 groupes : ttt et cô. StM dans le groupe ttt de 1h/jour pendant 3 jours puis croisement des groupes. Evaluation du score de Bishop initial et après 3 jours de StM. 2) Même procédure sans croisement.	200 primigestes et 100 multipares à terme entre 38 et 42 SA, avec des grossesses à bas risque.	1) Modification significative du score de Bishop dans le groupe ttt. 33% des femmes du groupe ttt et 4% du groupe cô se sont mises en travail sp dans les 3 premiers jours. -Après le croisement des groupes, modification significative dans le nouveau groupe ttt. 2) Modification significative dans le groupe ttt. 46% des femmes du groupe ttt et 12% du groupe cô se sont mises en travail.	-Le croisement des groupes permet à toutes les femmes d'accéder à la StM. -Séparation des primigestes et des multipares. -Spécifié de ne pas avoir de RS pdt l'étude pour isoler l'effet de la StM.	-Saturation atteinte ? -Order effect. -Fourchette de terme trop large. -Échantillonnage peu précis. -Grossesse à bas risque non définie. -Pas de CTG préalable. -Revue sans impact factor.

Titre Auteurs Pays Année Revue Impact Factor	Objectif	Design Méthodologie	Échantillon	Résultats significatifs	Forces	Limites
CHANGES IN THE BISHOP SCORE INDUCED BY MANUAL NIPPLE STIMULATION. A. Di Lieto ; L. Miranda ; P. Ardito ; P. Favale ; G. Albano Naples, Italie 1989 Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology IF : 0,43	Observer les changements du score de Bishop suite à une StM.	-Etude randomisée et unicentrique. -Randomisation en 2 groupes : ttt et cô. StM dans le groupe ttt de 3x 45min/jour pendant 3 jours puis croisement des groupes. Evaluation du score de Bishop initial et après les 3 jours de StM.	60 primigestes à bas risque, entre 38 et 40 SA.	-Modification significative du score de Bishop dans le groupe ttt. -Après croisement des groupes, modification significative dans le nouveau groupe ttt. -42.85% des femmes du nouveau groupe ttt et 22.22% du nouveau groupe cô se sont mises en travail sp.	-TV effectués par un seul et même médecin. -Cô CTG 1x/jour	-Grossesse à bas risque non définie. -Pas d'interdiction des RS durant l'observation. -Saturation atteinte ? -Order effect.
COITUS AND ORGASM AT TERM : EFFECT ON SPONTANEOUS LABOR AND PREGNANCY OUTCOME P. C. Tan ; C. M. Yow ; S. Z. Omar Kuala Lumpur, Malaisie 2009 Singapore Medical Journal IF : 0,73	Evaluer la relation entre les RS et l'orgasme à terme sur une mise en travail sp.	-Étude randomisée, unicentrique. -Randomisation en 2 groupes : RS avec pénétration encouragés et groupe cô ni encouragé, ni découragé. Après l'acct, collecte des résultats via les carnets de bords et analyse de 2 variables : RS/abstinence et orgasme/pas orgasme.	209 femmes à terme (non spécifié) recrutées au prénatal, une semaine avant une induction.	-105 femmes ont eu des RS (61.9% étaient dans le groupe encouragé), 104 n'ont pas eu de RS (58.7% étaient dans le groupe cô). -Intervalle entre recrutement et naissance plus long chez femmes qui ont eu RS et/ou orgasmes. -Les femmes abstinentes ont un taux de mise en travail sp plus élevé. -Les femmes avec le taux de RS le plus élevé (≥ 2), ont le taux de mise en travail sp le plus bas.	-RS pas interdits dans le groupe cô, ce qui augmente la sincérité dans les carnets de bord. -Fréquence des RS est prise en compte. -Approbation du comité d'éthique.	-Échantillonnage peu précis, type de grossesse non spécifié. -Durée de l'observation courte. -Évaluation du score de Bishop à l'admission pour l'acct mais pas au recrutement, donc pas de comparaisons possibles. -Obtention de résultats par téléphone. -Saturation atteinte ?

Titre Auteurs Pays Année Revue Impact Factor	Objectif	Design Méthodologie	Échantillon	Résultats significatifs	Forces	Limites
EFFECT OF COITUS AT TERM ON LENGTH OF GESTATION, INDUCTION OF LABOR AND MODE OF DELIVERY P. C. Tan ; A. Andi ; N. Amzi ; M. N. Noraihan Kuala Lumpur, Malaisie 2006 American College of Obstetricians and Gynecologists IF = 4,73	1) Déterminer la fréquence des RS à terme. 2) Estimer les effets des RS sur la durée de la grossesse, la mise en travail et le mode d'acct.	-Étude de cohorte, prospective, unicentrique. -Collecte de données sur la base d'un carnet de bord comprenant le nombre de RS/semaine.	200 femmes en bonne santé avec une grossesse à bas risque, proche de 36 SA.	1) 58% des femmes à terme ont des RS avec une médiane de 4 RS. 2) -Réduction de la durée de la grossesse de 4.4 jours. -Le NNT est de 5 femmes qui ont des RS pour éviter une provocation à 39 SA.	-Échantillonnage clair et précis. -Saturation atteinte. -Consentements obtenus.	-Orgasmes, éjaculation dans le vagin et StM lors des RS non spécifiés. -Mode d'acct non abordé.
SEXUAL INTERCOURSE AT TERM AND ONSET OF LABOR J. Schaffir Ohio, États-Unis 2006 American College of Obstetricians and Gynecologists IF = 4,73	1) Déterminer si les femmes sexuellement actives à terme sont plus susceptibles de se mettre en travail sp. 2) Observer l'effet des RS à terme sur la modification cervicale. 3) Fournir des données sur la sureté des RS à terme.	-Etude de cohorte, unicentrique. -Questionnement sur le nombre de RS avec pénétration lors des consultations hebdomadaires, sur l'utilisation du préservatif et évaluation du score de Bishop. Séparation en 2 groupes : sexuellement actives et abstinentes.	93 patientes, à partir de 37 SA, > 18ans, grossesse unique à bas risque.	1) 50.5% des femmes ont des RS à terme. Age gestationnel supérieur de 4 jours à l'acct, dans le groupe sexuellement actif, mais cliniquement non significatif. 2) Pas de différence dans l'évolution du score de Bishop (sans valeur P). 3) Non abordé.	-Échantillonnage bien expliqué -Volonté d'étudier l'effet hormonal masculin (préservatif) -Pénétration spécifiée -Consentement demandé et approbation du comité d'éthique	-Graphiques difficilement interprétables. -Saturation non atteinte. -Présence d'orgasme non spécifiée. -Impossibilité de juger la validité de l'évolution du Bishop, vu l'absence de valeur P. -Pas de réponse au 3 ^{ème} objectif.

Titre Auteurs Pays Année Revue Impact Factor	Objectif	Design Méthodologie	Échantillon	Résultats significatifs	Forces	Limites
EFFECT OF COITAL ACTIVITY ON ONSET OF LABOR IN WOMEN SCHEDULED FOR LABOR INDUCTION P. C. Tan ; C. M. Yow ; S. Z. Omar Kuala Lumpur, Malaisie 2007 American College of Obstetricians and Gynecologists IF = 4,73	Estimer l'effet des RS sur la mise en travail sp.	-Étude contrôlée randomisée, unicentrique. -Recrutement au rdv prénatal avant une provocation non urgente. Randomisation en 2 groupes : RS avec pénétration pénienne encouragés et groupe cô ni encouragé, ni découragé. Tenue d'un carnet de bord avec nombre de RS avec ou sans orgasme.	210 femmes avec grossesse viable, à ≥ 37 SA, PDE présente, présentation céphalique. Groupe tt : 108 et groupe cô : 102.	-60.2% des femmes dans le groupe encouragé ont eu des RS vs 39.6% dans le groupe cô soit 105 femmes au total (50% de l'échantillon). -Pas de différence statistiquement significative concernant la mise en travail sp.	-Pénétration spécifiée. -Saturation atteinte. -Nombre d'orgasme spécifié. -Consentements demandés et approbation du comité d'éthique obtenu.	-Impossibilité de juger l'évolution du score de Bishop vu qu'il y a eu une seule évaluation. -Raisons de provocation non spécifiées. -Durée de l'observation courte. -Données de 4 femmes incomplètes.

Abréviations utilisées dans les tableaux

Acct : accouchement

Cô : contrôle

CTG : cardiotocogramme

IF : impact factor

NNT : number needed to treat

Pdt : pendant

PDE : poche des eaux

Rdv : rendez-vous

Sp : spontané ou spontanément

Ttt : traitement

TV : toucher vaginal

4.2. Analyse globale des résultats et mise en lien avec la problématique

Les différents articles que nous avons sélectionnés, nous ont permis de répondre en partie à notre question de recherche, à savoir :

Impact des relations sexuelles sur la modification cervicale et la mise en travail au terme d'une grossesse à bas risque.

La lecture et l'analyse des sept études sélectionnées, nous ont permis d'élaborer les thèmes suivants :

- 1) Influence de la stimulation mamelonnaire
- 2) Influence de la fréquence du coït
- 3) Influence hormonale du sperme
- 4) Influence hormonale de l'orgasme maternel
- 5) Influence de l'action mécanique lors de la pénétration

Pour chacune de ces thématiques, la modification cervicale (a) ainsi que la mise en travail spontanée (b) seront explorées, si cela a été abordé par les auteurs.

Tous les résultats apportés sont statistiquement significatifs. Dans le cas contraire, nous le spécifierons.

1) Influence de la stimulation mamelonnaire

Etude : « Cervical Ripening by Breast Stimulation »

Dans cette étude, les femmes devaient pratiquer la StM *trois heures par jour, pendant trois jours*.

a) La première partie de l'étude a montré un changement significatif du score de Bishop chez les femmes du groupe traitement de 3.96 ± 1.34 points contre 1.04 ± 1.03 points dans le groupe contrôle. Suite au croisement des groupes, les femmes du nouveau groupe traitement ont eu une amélioration du score de 3.11 ± 1.42 points contre 0.76 ± 0.97 points dans le nouveau groupe contrôle.

b) Après les trois premiers jours de StM, 36% des femmes du groupe traitement se sont mises en travail et aucune dans le groupe contrôle. Suite au croisement des deux groupes, 21.7% des patientes du nouveau groupe traitement se sont mises en travail spontanément, contre 44.8% dans le nouveau groupe contrôle. Selon les auteurs, cette différence s'explique par un effet résiduel de la StM faite auparavant.

Etude : « Cervical ripening and induction of labour by breast stimulation »

Dans cette étude, les femmes devaient pratiquer la StM *une heure par jour, pendant trois jours*.

a) Chez les primigestes, le score de Bishop du groupe traitement a eu une évolution de 3.90 ± 2.39 points, contre 0.50 ± 0.67 points dans le groupe contrôle. Suite au croisement des deux groupes, le score de Bishop du nouveau groupe traitement a évolué de 3.84 ± 2.2 points, contre 1.43 ± 1.08 points dans le nouveau groupe contrôle.

b) Au cours des trois premiers jours, 33% des femmes du groupe traitement se sont mises en travail spontanément contre 4% dans le groupe contrôle. Suite au croisement des deux groupes, 43.9% des femmes du nouveau groupe contrôle se sont mises en travail spontanément, contre 40.5% dans le nouveau groupe traitement. Cependant, ces derniers résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

a) Chez les multipares, le score de Bishop du groupe traitement a eu une évolution de 2.74 ± 1.16 points, contre 0.92 ± 1.07 points dans le groupe contrôle.

b) Les auteurs ont remarqué que 46% des femmes du groupe traitement se sont mises en travail spontanément, contre 12% dans le groupe contrôle.

Etude : « Changes in the Bishop score induced by manual nipple stimulation. A cross-over randomized study »

Dans cette étude, les femmes devaient pratiquer la StM trois fois *45 minutes par jour, pendant trois jours*.

a) Les résultats ont montré que le score de Bishop après les trois premiers jours de StM a évolué de 2.07 points dans le groupe traitement, contre 0.6 points dans le groupe contrôle. Suite au croisement des deux groupes, le score de Bishop du nouveau groupe traitement a changé de 2.82 points contre 1.05 points dans le nouveau groupe contrôle.

b) Dans la deuxième partie de l'étude, 42.85% des femmes du nouveau groupe traitement se sont mises en travail spontanément, contre 22.22% dans le groupe contrôle.

Ces trois études se rejoignent et démontrent une évolution cliniquement et statistiquement significative de la modification du score de Bishop suite à la StM. La mise en travail serait également favorisée par celle-ci. Le croisement des groupes a permis de montrer un effet résiduel des trois premiers jours de StM. Cependant, la différence de durée et de fréquence de StM entre les protocoles ne montrent pas de différences cliniquement significatives.

D'autres études ont confirmé l'impact positif de la StM sur la maturation cervicale. Elliott et Flaherty (1984) ont montré que la StM réduit significativement le nombre de patientes arrivant à 42 SA avec un col non modifié. Le nombre de patientes se mettant en travail spontanément est également augmenté (traduction libre, p. 629). Cette dernière affirmation est confirmée par l'étude de Modarres et Rahimi Kian (2000), qui ajoutent que l'intervalle entre le recrutement et la mise en travail est plus court chez les femmes ayant pratiqué la StM (traduction libre, p. 214). Selon Kavanagh, Kelly & Thomas (2010), la StM a un impact positif sur la maturation cervicale et la mise en travail, notamment dans les 72 heures après l'avoir pratiquée (traduction libre, p. 7). L'étude menée en 1984 par Lenke et Nemes a montré que 4% des participantes développaient une hyperstimulation lors d'une StM bilatérale. Ils ont défini l'hypertonie comme des CU durant plus de 90 secondes ou plus fréquentes que cinq aux dix minutes. Celle-ci s'arrêtait lorsqu'un seul mamelon était stimulé (cité par Salmon, Kee, Tan & Jen, 1986, p. 23). Pour Moeglin, Baldauf, Legrand, Ritter et Gandar (1986), 20% des participantes de leur étude ont développé une hypertonie (p. 357). Suite à ces résultats, les études ultérieures ont adapté le protocole à une StM unilatérale.

Dans l'étude d'Adewole et al., une issue ne répondant pas à notre question de recherche, nous a paru importante d'être relevée. Les auteurs ont mis en évidence une diminution significative du nombre d'hémorragies de la délivrance chez les femmes ayant pratiqué la StM prénatale. Ceci sera repris au chapitre 5.3.2.

2) Influence de la fréquence du coït

Etude « Coitus and orgasm at term : effect on spontaneous labor and pregnancy outcome »

b) Cette étude montre que les femmes abstinentes ont un taux de mise en travail plus élevé par rapport aux femmes qui ont eu au moins un RS en fin de grossesse. Plus le nombre de RS est élevé (supérieur ou égal à deux), plus le taux de mise en travail spontané est bas.

Etude « Effect of Coitus at Term on Length of Gestation, Induction of Labor and Mode of Delivery »

b) Selon cette étude, 58% des femmes entre 36 SA et l'accouchement ont des RS avec une médiane de quatre RS. Les auteurs démontrent qu'il y aurait une réduction de la durée de la grossesse de 4.4 jours chez les femmes qui ont des RS.

Selon les auteurs, plus le nombre de RS augmente, plus l'âge gestationnel à l'accouchement diminue. Cependant, cette dernière information n'est pas confirmée par une valeur P.

Etude : « Sexual Intercourse at Term and Onset of Labor »

a) L'auteur informe qu'il n'y a pas de corrélation entre la fréquence des RS et la modification du score de Bishop. Il ajoute que la moyenne du Bishop tendait à augmenter avec l'avancée de l'âge gestationnel.

b) Selon cette étude, 50.5% des femmes entre 37 SA et l'accouchement ont des RS avec une médiane d'un RS après 37 SA et de zéro après 40 SA. L'auteur montre que les femmes du groupe sexuellement actif ont un âge gestationnel à l'accouchement plus élevé de quatre jours par rapport à celles du groupe abstinent. Cela n'est cependant pas cliniquement significatif.

L'impact de la fréquence du coït sur la modification cervicale n'est pas évaluable, car un seul auteur s'y est intéressé. Les études montrent, par contre, qu'une augmentation de la fréquence des RS entraîne une augmentation de l'âge gestationnel à l'accouchement. L'une d'elle affirme le contraire mais il n'est pas possible de juger la significativité de ce résultat.

D'après les auteurs, l'augmentation de la fréquence du coït à terme prolongerait la grossesse. Ils nuancent ce résultat en supposant que les femmes susceptibles de se mettre en travail à court terme ont des inconforts physiques (CU, pesanteur pelvienne, etc.), ce qui limite, par conséquent, leurs RS.

Malgré nos recherches, nous n'avons pas trouvé d'articles et d'ouvrages qui nous permettent d'appuyer ces conclusions.

3) Influence hormonale du sperme

Etude « Coitus and orgasm at term: effect on spontaneous labor and pregnancy outcome »

Les auteurs ont demandé aux femmes de reporter dans leurs carnets de bord le nombre de RS avec pénétration, sans toutefois spécifier de noter l'utilisation du préservatif.

Etude « Effect of Coitus at Term on Length of Gestation, Induction of Labor and Mode of Delivery »

Les chercheurs ont demandé aux participantes de reporter dans leurs carnets de bord le nombre de RS, sans toutefois spécifier le type de RS, les éjaculations intravaginales ainsi que l'utilisation d'un préservatif.

Etude : « Sexual Intercourse at Term and Onset of Labor »

L'auteur a demandé aux femmes de spécifier si elles avaient utilisé un préservatif au moment du RS avec pénétration. Une seule femme en a fait usage, rendant l'analyse de l'influence hormonale du sperme impossible.

Etude : « Effect of Coital Activity on Onset of Labor in Women Scheduled for Labor Induction. A Randomized Controlled Trial »

Les chercheurs ont demandé aux participantes de reporter dans leurs carnets de bord le nombre de RS avec pénétration. Ils n'ont pas demandé de précisions quant à l'utilisation du préservatif.

L'impact réel du sperme n'a pas pu être démontré. Un seul auteur a demandé aux participantes de spécifier l'utilisation du préservatif et un seul couple l'a utilisé. Ceci empêche d'isoler l'impact des PG du sperme de l'action mécanique du RS.

Plusieurs auteurs, dont Tomlinson, Colliver, Nelson & Jackson (1999) et Goodlin, Keller & Raffin (1971), émettent l'hypothèse qu'un RS pourrait déclencher le travail de l'accouchement grâce aux PG contenues dans le sperme, mais celle-ci n'est pas confirmée par leurs résultats. Selon Kavanagh, Kelly & Thomas (2008), une seule étude comprenant 28 femmes, menée par Bendvold en 1990, fait le lien entre les RS et le changement du score de Bishop.

4) Influence hormonale de l'orgasme maternel

Etude « Coitus and orgasm at term: effect on spontaneous labor and pregnancy outcome »

a) Les auteurs ont évalué le score de Bishop uniquement à l'admission à l'hôpital, ce qui ne permet pas d'en apprécier l'évolution.

b) L'intervalle entre le recrutement et l'admission à l'hôpital ainsi que du recrutement à la naissance était plus long chez les femmes qui ont eu un RS par rapport à celles qui étaient abstinentes. Chez les femmes abstinentes, 60.6% se sont mises en travail spontanément, contre 46.7% de celles qui étaient sexuellement actives. De même, les intervalles sont plus longs chez les femmes qui ont eu des RS avec orgasmes par rapport aux autres, qui n'en ont pas eu.

Etude : « Effect of Coital Activity on Onset of Labor in Women Scheduled for Labor Induction. A Randomized Controlled Trial »

a) Les auteurs ont évalué le score de Bishop uniquement à l'admission à l'hôpital, ce qui ne permet pas d'en apprécier l'évolution.

b) Les chercheurs ont démontré que 82.9% des femmes ont eu au moins un orgasme au moment des RS. Ceci n'est néanmoins pas associé à une augmentation de mise en travail spontanée.

Ces deux études ne montrent pas de corrélation entre les orgasmes féminins et la mise en travail spontanée. Une étude affirme même que ceux-ci auraient un effet protecteur.

L'effet protecteur potentiel de l'orgasme féminin sur la mise en travail serait dû, comme pour l'impact de la fréquence, au fait que les femmes qui ont toujours des RS n'éprouvent pas d'inconforts physiques typiques d'une mise en travail proche.

Beaucoup d'auteurs citent les études de Goodlin. Dans l'article de 1972, l'équipe de recherche a observé, chez une femme, l'activité utérine lors d'un orgasme suite à une masturbation (clitoridienne et vaginale). Durant l'enregistrement, des CU ont apparus ; leur intensité augmentait avec la succession des orgasmes. Ces conclusions sont à prendre avec précaution car une seule femme y a participé. De plus, la période d'observation se limitait à un épisode de masturbation et l'objectif de l'étude n'était pas d'évaluer l'impact de l'orgasme féminin sur la mise en travail. Aucun score de Bishop n'a été évalué, ce qui empêche toute possibilité de le mettre en lien avec notre question de recherche.

5) Influence de l'action mécanique lors de la pénétration

Etude « Coitus and orgasm at term : effect on spontaneous labor and pregnancy outcome »

b) L'étude a montré que 60.6% des femmes abstinentes se sont mises en travail spontanément contre 46.7% des femmes sexuellement actives.

Etude « Effect of Coitus at Term on Length of Gestation, Induction of Labor and Mode of Delivery »

b) A 41 SA, 6.9% des femmes sexuellement actives contre 29.8% des abstinentes n'avaient pas encore accouché.

Les auteurs ont remarqué une réduction de 4.4 jours de la durée de la grossesse chez les femmes ayant eu des RS. Pour éviter à une femme d'avoir une provocation pour DdT, cinq couples doivent avoir des RS à 39 SA.

Etude : « Sexual Intercourse at Term and Onset of Labor »

a) L'auteur explique qu'il n'y a pas de corrélation entre les RS et la modification du score de Bishop.

b) Le chercheur montre que les femmes du groupe sexuellement actif ont un âge gestationnel à l'accouchement plus élevé de quatre jours que les femmes du groupe abstinente. Cela n'est cependant pas cliniquement significatif. Le chercheur a demandé aux femmes de spécifier si elles avaient utilisé un préservatif au moment du RS (une seule femme en a utilisé).

Etude : « Effect of Coital Activity on Onset of Labor in Women Scheduled for Labor Induction. A Randomized Controlled Trial »

b) Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différences significatives sur le taux de mises en travail spontanées entre les groupes. Suite à une analyse ultérieure, ils ont vu que le taux de mise en travail spontanée était plus élevé chez les femmes qui n'ont pas eu de RS (60.6% vs 46.7%).

Au vu des résultats, l'action mécanique des RS n'a pas d'influence sur la mise en travail spontanée. Il est toutefois impossible d'en isoler l'effet par rapport à l'impact hormonal du sperme, étant donné qu'une seule femme a utilisé un préservatif.

Nous sommes conscientes qu'il est difficile pour les chercheurs d'isoler l'aspect mécanique par rapport aux effets hormonaux de l'orgasme féminin et du sperme. Ceci explique probablement qu'aucune donnée supplémentaire n'ait été trouvée à ce sujet dans la littérature scientifique.

En conclusion, l'analyse de l'ensemble des études sélectionnées et des ouvrages consultés nous a permis de mettre en évidence une insuffisance des données de la littérature en lien à notre thème. Ce manque de résultats nous surprend peu. Effectivement, au chapitre 5.2.1, nous allons nommer le biais de publication et les facteurs de confusion qui empêchent, selon nous, les chercheurs de mener des études de qualité sur ce sujet.

5. DISCUSSION

5.1. Dimension éthique

Selon J.-J. Wunenburger,

L'éthique et la morale n'ont de raison d'être que parce que l'homme est amené à opérer des choix entre plusieurs manières d'agir qui lui semblent, la plupart du temps, ne pas être équivalentes, de sorte qu'il faut les discriminer selon des critères du bien et du mal (cité par Brenot, 2004, p. 247).

5.1.1. Ethique en lien à la problématique

Comme expliqué dans le questionnaire professionnel, ce sujet s'est construit autour de nos observations quant à la gêne des professionnels de la santé et notamment des sages-femmes en matière de sexualité. Lorsque nous avons présenté notre sujet à la classe, nous avons été surprises de provoquer l'hilarité de certaines personnes. Ayant eu des cours sur la sexualité, nous n'imaginions pas que cette thématique entraînerait de l'embarras et des railleries au sein de futurs professionnels qui travailleront au cœur de l'intimité des couples. Cette constatation a renforcé notre désir d'approfondir nos connaissances afin de mettre de côté nos valeurs et notre subjectivité face à un sujet qui concerne notre propre intimité. Ceci nous permettra de nous appuyer sur des preuves scientifiques dans le but d'informer au mieux les couples et leur offrir un choix éclairé.

Notre but premier était d'explorer l'impact des RS en cas de MAP. Comme spécifié dans le questionnaire professionnel, nous n'avons pas retenu ce sujet. En effet, la MAP met en jeu des problèmes éthiques non négligeables. Il n'est pas permis aux auteurs de randomiser les femmes en groupes contrôle et traitement. Les chercheurs ne peuvent pas encourager les femmes du groupe traitement à avoir des RS, vu les risques fœto-maternels encourus en cas d'accouchement prématuré. De plus, la multifactorialité de la MAP entraînerait probablement des facteurs de confusion dans l'analyse des résultats. Ainsi, il serait difficile d'isoler le réel impact des RS.

5.1.2. Ethique liée à notre recherche

La philosophie des sages-femmes est de favoriser au maximum la physiologie et ainsi privilégier les méthodes non médicamenteuses. Ceci aurait pu nous influencer dans l'analyse des articles. Nous avons fait en sorte que nos valeurs et nos représentations ne déteignent pas sur notre analyse et de rester les plus objectives possibles.

Lors de la sélection de notre revue de littérature, nous avons respecté les critères d'inclusion et d'exclusion préalablement définis dans la méthodologie. Ceux-ci nous ont permis de répondre au mieux à notre question de recherche.

Certains auteurs nous ont envoyé gratuitement leurs études en nous demandant spécifiquement de ne pas les divulguer. Nous nous en sommes inspirées pour la rédaction de notre cadre de référence et la discussion. Par respect et conformément à leur demande, nous avons garanti la confidentialité de leurs écrits.

Nous avons jugé important de choisir des études dans lesquelles les chercheurs respectaient les participants et leur confidentialité tout au long de la recherche.

Ayant peu d'expériences et de connaissances dans le domaine de la recherche, nous ne nous sommes pas permises de juger les méthodes utilisées par les chercheurs pour exposer leurs résultats (logiciels, randomisation, etc). De plus, nous sommes conscientes que certains éléments ont pu nous échapper. Lors de l'étude des résultats des différentes recherches, nous avons été attentives à les analyser avec bienveillance et non jugement.

5.1.3. Ethique et sexualité

Suite à l'analyse des articles sélectionnés, nous nous sommes rapidement rendues compte des enjeux éthiques qui entrent en compte et augmentent les biais au sein des études. D'une part, il est impossible de standardiser les RS, chaque couple en a sa conception. D'autre part, il n'est pas permis pour les chercheurs de demander aux couples d'avoir des RS de telle ou telle manière. Ils ne peuvent pas imposer une conduite à tenir mais seulement suggérer la pratique d'une activité sexuelle. De même, il ne leur est pas permis de les interdire complètement sachant que la sexualité fait partie des libertés individuelles de chacun. Les couples, au vu de l'intimité du sujet, pourraient être gênés par leur pratique et de ce fait, ne pas retranscrire exactement ce qu'ils ont fait dans leurs carnets de bord.

Finalement, nous avons constaté que les auteurs ont fait attention au bien-être fœto-maternel. Ils ont contrôlé l'état de santé fœtale par échographie et écoute au cardiotocogramme, effectué des visites prénatales et spécifié aux femmes de ne pas pratiquer une StM bilatérale, au vu des risques soulignés dans des études préalables.

5.2. Limites et forces de ce travail

Ci-dessous, nous explicitons les limites et les forces du travail réalisé.

5.2.1. Limites

Les critères de sélection de ce travail incluaient les grossesses à bas risque. Ceci ne permet évidemment pas de transposer les résultats obtenus à toutes les femmes enceintes, notamment à celles ayant un risque de MAP.

Néanmoins, travailler sur la physiologie nous a permis de nous sensibiliser à d'éventuelles pistes de recherche qui traitent de la pathologie.

Un RS ne peut être standardisé ; il diffère d'une personne à l'autre, d'une ethnie à l'autre et d'un moment à l'autre par les positions, sa durée, la présence ou non d'orgasme(s) et de préliminaires, l'utilisation d'un préservatif, etc. Ces facteurs de confusion n'ont pas été relevés dans les études sélectionnées et comportent indéniablement une limite à ce travail.

De plus, quatre des études sélectionnées ont été réalisées en Asie. Parmi celles-ci, trois ont été dirigées par le même auteur et deux d'entre-elles par la même équipe. Comme spécifié précédemment, la sexualité est un sujet subjectif ; les points de vue de différents chercheurs auraient donc pu apporter des visions plus variées.

Nous sommes conscientes que l'année de publication de certains de nos articles est ancienne. Cette thématique a été beaucoup travaillée entre les années 1960-90; depuis, peu de personnes ont mené des recherches sur ce sujet.

Un des articles sélectionné est issu d'une revue sans impact factor ; la méthodologie de l'étude nous paraît tout de même intéressante et pertinente.

Souvent, les articles ayant obtenu des résultats peu significatifs ne sont pas publiés, ce qui est un biais de publication. Ce dernier peut expliquer le manque de littérature relevé, car notre sujet implique ce type de résultats. L'analyse des sept articles sélectionnés, a permis de répondre en partie à notre questionnement. En utilisant uniquement sept articles, nous devons considérer les résultats avec réserve, ceux-ci n'apportant pas de conclusions précises.

La recherche d'articles ne nous a pas permis de trouver d'études qualitatives. Nous supposons que la technique de l'entretien n'est pas facile à appliquer car il n'est pas aisé de parler ouvertement de sa sexualité. C'est probablement la raison pour laquelle la technique des carnets de bords a été préférée.

Lors de notre formation, nous avons été sensibilisées au domaine de la recherche scientifique. Pour ce travail de Bachelor, nous avons effectué une analyse critique des articles. Nous sommes tout de même conscientes qu'en tant que novices dans ce domaine, certains éléments ou subtilités ont pu nous échapper.

5.2.2. Forces

Comme spécifié dans la méthodologie, nous avons été méticuleuses dans nos recherches en associant un grand nombre de mots clés sur plusieurs bases de données et en effectuant un screening des bibliographies des études trouvées.

Nous pensons avoir trouvé tous les articles à ce sujet, forcées de constater qu'avec nos critères d'inclusion-exclusion, la littérature est limitée.

Dans la rédaction de notre travail, nous avons été attentives à citer et référencer chaque concept théorique apporté selon les normes en vigueur à la HEdS de Genève (Pugliese, Schorer & Chatelain, 2012). Afin d'être les plus pertinentes possible dans les apports théoriques, nous avons recherché et lu de nombreux ouvrages et articles en lien à la sexualité, en prenant soin de sélectionner des auteurs qualifiés dans ce domaine de compétence (gynécologues-obstétriciens, sexologues, psychologues, etc). Cela nous a permis d'approfondir nos connaissances qui nous seront utiles dans notre pratique professionnelle et nous permettrons d'échanger avec nos pairs. La sexualité est un sujet peu exploité mais primordial dans notre domaine professionnel, c'est pour cela qu'il nous a paru intéressant de le traiter. Les conclusions retenues nous permettent d'avoir un regard critique et réflexif sur une thématique difficilement évaluable scientifiquement.

5.3. Retour dans la pratique

5.3.1. En lien à la problématique

Au vu des résultats de notre recherche, il n'est pas éthique d'encourager les femmes à avoir des RS avec pénétration pour promouvoir la mise en travail spontanée. D'une part, ils n'ont pas montré d'efficacité significative et d'autre part, "l'effet blouse blanche" place les professionnels dans une posture de supériorité. Ceci rend leurs discours incontestables aux yeux des patientes, même s'ils sont parfois erronés. En effet, Tan, Yow & Omar (2007) ont démontré qu'il est facile de motiver les femmes à terme ayant une provocation programmée, à avoir des RS avec pénétration pour promouvoir la mise en travail, même si certaines d'entre elles n'en auraient initialement pas eu envie (p. 823). La littérature relève une baisse de la libido le dernier trimestre de la grossesse, et particulièrement le neuvième mois (Brenot, 2004 ; Hohlfeld & Marty, 2012 ; Lopès & Poudat, 2007 ; Masters & Johnson, 1974). Il ne faut par contre pas décourager les femmes qui en auraient envie, car si nos résultats n'ont pas montré d'effet sur la mise en travail, ceux-ci n'ont pas révélé de risque au terme d'une grossesse à bas risque.

Ce travail nous a permis d'approfondir nos connaissances en matière de sexualité ; nous pourrons ainsi dispenser une information plus précise, en respectant les envies et les besoins de chacun. Effectivement, la sexualité est un sujet important à aborder selon nous, d'autant plus que la sage-femme a une posture de proximité face à l'intimité des couples. Malgré cela, nous avons remarqué qu'il est plus aisé de faire des touchers vaginaux dans un but diagnostique, plutôt que d'aborder un sujet si intime.

Lors des consultations, nous pratiquons systématiquement les examens cliniques et paracliniques de routine. Avons-nous pratiqué, ne serait-ce qu'une fois, un examen de la zone génitale et des seins en dehors d'indications médicales ? Cela serait un moyen d'aborder la sexualité avec la femme et de connaître l'image corporelle qu'elle a d'elle-même. En effet, nous pensons qu'il n'est pas utile de proposer la StM à une femme qui est mal à l'aise avec sa poitrine, car celle-ci ne sera pas compliant.

Comme décrit auparavant, la StM s'avère efficace. Nous savons que dans les années 1980, cette méthode était utilisée comme contraction-stress test* (CST). Nous n'avons pas réussi à obtenir les protocoles en vigueur à l'époque dans différentes maternités (HUG, CHUV). Cependant, Béatrice Van der Schueren, sage-femme travaillant à la Maternité de Genève durant ces années, nous a fait part du protocole. Le "nipples-test" était pratiqué aux femmes à terme, à raison de dix minutes de stimulation unilatérale, puis bilatérale dans les cas où celle-ci n'avait pas d'effet sur la contractilité utérine. A l'heure actuelle, cette pratique n'est plus utilisée. Selon le Docteur Boulvain (HUG), l'arrêt de cette méthode serait probablement due à la difficulté d'obtenir une réponse reproductible par rapport au Syntocinon® i.v. De plus, ce traitement peut être interrompu facilement en cas de besoin (communication personnelle [e-mail], 3 juillet 2013). Pour le Professeur Hohlfeld, responsable du département de gynécologie-obstétrique du CHUV, celle-ci a disparu car des contractures utérines ont été décrites. De plus, depuis l'émergence du profil biophysique de Manning en 1981 et son utilisation dans leur département, aux alentours de 1986, les CST ont complètement disparu et ne font plus partie de leur arsenal diagnostique (communication personnelle [e-mail], 2 juillet 2013).

Serait-il possible de réintroduire cette pratique, après avoir établi un nouveau protocole, non pas dans le but d'effectuer un CST mais afin d'obtenir une modification cervicale (cf. chapitre 5.3.2) ?

Finalement, nous nous questionnons sur le contenu de l'information dispensée aux couples lors de MAP. L'interdiction des RS est entreprise par mesure de prévention. Comme décrit dans le cadre de référence (cf. chapitre 2.2.2), le RS est défini par le terme coït, autrement dit la pénétration. Au vu de nos résultats, il nous paraît donc nécessaire de spécifier auprès de ces couples que les préliminaires, telle que la StM, font partie des RS. Ne connaissant pas la durée minimale au-delà de laquelle la StM a un effet sur la modification cervicale, nous pensons devoir la considérer comme potentiellement à risque. Dans notre pratique, nous aimerions sensibiliser les équipes dans lesquelles nous travaillerons à cette problématique.

5.3.2. Ouverture et pistes de recherche

En tant que sages-femmes, nous favorisons les méthodes non médicamenteuses, qui sont plus respectueuses de la physiologie. Nous pensons que réintroduire la StM serait pertinent, non plus comme CST mais pour favoriser la mise en travail ou augmenter les chances d'une provocation. Ainsi, il y aurait une diminution de l'utilisation des médicaments (PG, OT, etc.), ce qui serait intéressant d'un point de vue médical, car le déclenchement comporte des risques (cf. chapitre 2.1.6). Un nouveau protocole devrait être établi, mais pour cela, des études complémentaires devraient être effectuées.

Philippe Brenot a mené, en 2011, une enquête auprès de 3'000 femmes révélant que la durée moyenne des préliminaires serait d'environ 12 minutes (cité par Mallaval, 2012). D'après nos résultats, la durée minimale de StM efficace sur la modification cervicale est d'une heure par jour. Ayant conscience que cette durée est longue et fastidieuse pour les femmes et qu'elle est difficilement réalisable lors des RS, il faudrait donc connaître la durée minimale de stimulation qui permet d'obtenir des modifications cervicales. Une étude randomisée, divisée en deux parties (primigestes et multipares), devrait être effectuée. L'échantillon comprendrait des femmes à terme (40 SA) ayant une grossesse à bas risque. Dans chacun des deux groupes, un groupe contrôle (pas de StM) serait comparé à trois groupes traitement. Ces derniers auraient des durées de StM différentes : 15, 30 et 45 minutes par jour, pendant trois jours. Nous ne pensons pas analyser au delà de 45 minutes, car l'étude d'Adewole et al. (1993) a démontré une efficacité significative dès une heure de StM quotidienne. Une période de trois jours semble être une durée acceptable pour que les patientes soient compliantes.

Suite à cela, un nouveau protocole pourrait être établi par une équipe pluridisciplinaire. La StM se ferait à partir de 40 SA, une heure par jour (ou moins, selon les résultats obtenus) pendant minimum trois jours. Il serait intéressant de le proposer aux femmes qui consultent à terme, afin de pouvoir effectuer la première StM sous contrôle cardiotocographique. Il est important de préciser aux femmes de masser unilatéralement les seins pour éviter une hyperstimulation utérine, car celle-ci a été observée lors de stimulations bilatérales (Kavanagh et al., 2010, traduction libre, p.7).

En cas de provocation pour pathologie, il est souvent nécessaire d'intervenir rapidement pour limiter la morbidité et mortalité foeto-maternelle. Ceci rend donc la StM difficilement envisageable. La provocation médicamenteuse, étant une méthode plus rapide, est privilégiée dans ces cas là.

Il serait également intéressant de faire de nouvelles études traitant de l'éventuel impact de la StM à terme sur le taux d'hémorragies post-partum.

Effectivement, l'étude d'Adewole et al. (1993) a relevé une diminution des hémorragies du post-partum suite à la StM dans le prénatal, notamment chez les multipares. Selon l'OMS (1999), 600'000 femmes meurent en couches chaque année, dont une accablante majorité dans les pays en voie de développement. La première cause de mortalité maternelle (approximativement 25%) est l'hémorragie de la délivrance (cité par Kavanagh et al., 2010, traduction libre, p. 7).

Nous trouvons la méthodologie de l'étude d'Adewole et al. pertinente. Cependant, il faudrait spécifier aux femmes de ne pas avoir de RS pendant la période d'observation, pour pouvoir isoler l'effet de la StM. Celle-ci a toute son importance dans les pays en voie de développement, tant pour la provocation que pour limiter les problèmes hémorragiques. En effet, l'accès aux médicaments est plus restreint dans ces pays pour des raisons économiques. De plus, certains médicaments nécessitent un conditionnement particulier (exemple : OT stockée entre 2-8°C) difficile à instaurer dans des maternités disposant de peu de matériel.

Un autre axe de recherche serait intéressant à proposer, afin d'obtenir des réponses concernant l'effet mécanique de la pénétration, l'impact hormonal du sperme et de l'orgasme féminin. En effet, les études analysées ne nous ont pas permis de répondre à ces variables.

Il faudrait, pour cela, mener une étude dans laquelle des couples seraient randomisés en trois groupes : un groupe abstinent et deux groupes ayant des RS, dont l'un utilisant des préservatifs. Pour analyser l'effet mécanique du RS, il faudrait comparer les résultats du groupe abstinente versus le groupe ayant des RS avec préservatif. En ce qui concerne l'effet du sperme, les résultats des trois groupes seraient confrontés, mais avec une attention plus particulière entre les deux groupes ayant des RS. Nous sommes conscientes que cette étude est difficile à entreprendre car nous ne pouvons pas obliger les couples à avoir un comportement sexuel protocolé répondant à nos exigences ; la sexualité fait partie des libertés de chaque individu. De plus, nous ne pouvons pas isoler les différentes variables d'un RS indépendamment les unes des autres. Un RS peut différer selon plusieurs critères : présence ou non d'orgasme(s) féminins, positions des partenaires, durée, fréquence, quantité et qualité du sperme, autres pratiques (préliminaires, StM, etc.), longueur du pénis et du col, position du col, niveau d'excitation, etc.

Suite à nos lectures et analyses, nous nous sommes à nouveau interrogées sur les conséquences des RS sur les MAP. Un col raccourci en cours de grossesse réagirait-il différemment aux stimuli des RS ? Les résultats obtenus au cours de ce travail ne permettent évidemment pas de répondre à cette question.

Des recherches ultérieures seraient nécessaires mais, compte tenu des problèmes éthiques en jeu (cf. chapitre 5.1.1), elles n'apporteraient probablement pas de résultats plus précis que ceux déjà obtenus. Toutes les recherches comprenant un échantillon de femmes à risque sont menées de manière rétrospective au post-partum, ce qui diminue la fiabilité des réponses. Pour éviter ce biais, des carnets de bord pourraient être distribués à un grand échantillon de femmes enceintes, en début de grossesse. Elles devraient noter chaque RS et les particularités de celui-ci (fréquence, durée, orgasme(s), préliminaires, préservatif, position, etc.). Parmi toutes les participantes, il y aurait à fortiori des femmes ayant des MAP et des accouchements prématurés. Selon nous, cela permettrait une récolte de données conséquente. Cependant, ceci serait trop contraignant pour les femmes, qui ne rempliraient probablement pas ou peu leur carnet.

À la suite de ce travail, nous nous sommes rendues compte que durant notre formation, les apports théoriques en lien avec la sexualité, de la grossesse au post-partum, sont insuffisants. Ceci entraîne des répercussions directes sur la pratique professionnelle. Comme le souligne Van der Schueren (2003), « seulement 28% des personnes interrogées se jugent "suffisamment" formées » (p. 38). De plus, elle ajoute que 9% des sages-femmes questionnées ne s'estimaient pas du tout formées dans ce domaine (p. 38). Par conséquent, nous trouvons important que des cours supplémentaires traitant de sexualité soient abordés au sein de la HEEdS. Nous avons eu des jeux de rôle sur différents sujets sensibles, comme la toxicomanie, l'alcoolisme et le deuil périnatal. Ceux-ci seraient très intéressants à proposer dans le cadre de la sexualité, pour nous aider à l'aborder plus facilement avec les femmes et les couples. De plus, au sein des hôpitaux, des formations continues et colloques devraient être proposés, pour que chaque professionnel ait des apports théoriques suffisants lui permettant de se sentir plus à l'aise pour parler de sexualité.

A l'heure actuelle, le temps des consultations prénatales (une demi-heure) ne nous permet pas d'aborder tous les sujets. La sexualité fait partie de ceux qui passent au second plan par rapport au dépistage des pathologies de la grossesse. Ceci est plus aisément discuté lors des consultations avec les sages-femmes conseils. Dans les hôpitaux où ce service est présent, les sages-femmes le proposent systématiquement aux femmes et aux couples. Nous devrions tout de même insister davantage sur l'importance de celles-ci.

Notre questionnaire de départ s'est fondé sur ce que nous avons vu dans la pratique hospitalière. Il serait donc intéressant d'investiguer si les sages-femmes indépendantes abordent cette thématique.

Contrairement aux consultations à l'hôpital, les sages-femmes libérales suivent les femmes dans leur environnement, plus régulièrement et à plus long terme. Ainsi, nous imaginons que la sexualité est abordée plus facilement à domicile.

6. CONCLUSION

Ce Bachelor Thesis s'est construit à partir des croyances populaires qui veulent que les RS favorisent la mise en travail de l'accouchement. Face aux discours discordants des professionnels de la santé, notre intérêt à ce sujet s'est renforcé. Une mise en travail implique une maturation cervicale préalable, raison pour laquelle nous avons voulu analyser ces deux aspects. Notre recherche de littérature s'est alors ciblée sur trois effets en lien aux RS : mécanique, fréquentiel et hormonal.

Tout au long de ce travail, nous avons perçu la complexité de cette thématique. En effet, peu de littérature scientifique a été trouvée. Beaucoup d'ouvrages traitent de la sexualité en général, mais n'abordent pas ou peu la sexualité durant la grossesse. De plus, de nombreux facteurs de confusions et enjeux éthiques rendent difficile l'appréciation des résultats. C'est pourquoi, nous n'avons répondu que partiellement à notre question de recherche.

La StM a un effet positif sur la modification cervicale et la mise en travail de l'accouchement. Selon les études, une durée minimale d'une heure par jour, pendant trois jours, semble être efficace.

L'effet de l'action mécanique de la pénétration et l'effet hormonal du sperme ne sont apparemment pas efficaces. Il est toutefois difficile de les dissocier, car un seul couple a certifié l'utilisation de préservatifs.

Lors des orgasmes féminins, des CU apparaissent. Cependant, les études analysées n'ont montré aucune corrélation entre les orgasmes féminins et la mise en travail de l'accouchement. Il y aurait même un effet protecteur de ceux-ci.

En ce qui concerne la fréquence du coït, un seul auteur s'y est intéressé, ce qui ne nous permet pas de certifier son effet. Certains résultats affirment qu'au terme de la grossesse, l'augmentation de la fréquence des coïts accroît l'âge gestationnel à l'accouchement.

Les effets protecteurs éventuels de l'orgasme féminin et de l'augmentation de la fréquence des RS sont probablement dus au fait que les femmes qui ont toujours une activité sexuelle à terme, n'éprouvent pas d'inconforts physiques liés à une mise en travail proche.

Ces résultats ne peuvent pas s'appliquer systématiquement à tous les couples. En effet, la sexualité est un sujet à aborder avec délicatesse et tact, en étant attentifs au vécu et aux histoires de vie de chacun. En tant que sages-femmes, nous devons respecter les demandes, besoins et ressources de chacun et offrir une information permettant un choix éclairé.

Les RS à terme n'ont pas montré d'efficacité sur la mise en travail mais ne comportent cependant pas de risques. C'est pourquoi les couples qui ont une sexualité harmonieuse, ne doivent pas être découragés à en avoir. Notre rôle est d'accompagner les femmes et les couples dans la recherche ou le maintien de leur santé, et notamment leur santé sexuelle.

7. BIBLIOGRAPHIE

7.1. Liste de références bibliographiques

- Adewole, I. F., Franklin, O. & Matiluko, A. A. (1993). Cervical ripening and induction of labour by breast stimulation. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 22, 81-86.
- Amis-Med. (2010). *Le score de Bishop*. Accès <http://www.amis-med.com/t1876-le-score-de-bishop>
- Baccigalupo, M. (2006). *Sexualité féminine au fil de la vie*. Québec : Presses du Châtelet.
- Bartoli, L. (2007). *Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents*. Paris : Editions Payot & Rivages.
- Bendvold, E., Gottlieb, C., Svanborg, K., Bygdeman, M. & Eneroth, P. (1987). Concentration of prostaglandins in seminal fluid of fertile men. *International Journal of Andrology*, 10, 463-469.
- Bishop, E. H. (1964). Pelvic scoring for elective inductions. *Obstetrics and Gynecology*, 24, 266-268.
- Brabant, I. (2001). *Vivre sa grossesse et son accouchement. Une naissance heureuse*. Lyon : Chronique Sociale.
- Brenot, P. (Dir.). (2004). *Dictionnaire de la sexualité humaine*. Bègles : L'Esprit du Temps.
- Cabrol, D., Pons, J. C. & Goffinet, F. (2003). *Traité d'obstétrique*. Paris : Flammarion Médecine Sciences.
- Casta-Rosaz, F. (2004). *Histoire de la sexualité en Occident*. Paris : Édition de La Martinière.
- Centre François Baclesse-Caen. (2013). *Cancer de l'utérus*. Accès http://www.docvadis.fr/oncologie-baclesse/page/maladie_traitements/cancers_de_l_ut_rus/je_me_renseigne_sur_le_cancer_de_l_uterus.html
- Colson, M. H. (2007). *La sexualité féminine*. Paris : Le Cavalier bleu.
- Christensson, K., Nilsson, B. A., Stock, S., Matthiesen, A. S. & Uvnäs-Moberg, K. (1989). Effect of nipple stimulation on uterine activity and on plasma levels of oxytocin in full term, healthy, pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 68, 205-210.

- Cunningham, G. F., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J. & Spong, C. Y. (2010). *Williams Obstetrics* (23e éd.). United States: McGraw Hill.
- Della Giusta, G. (1997). *Dizionario del sesso*. Roma : Editori Riuniti.
- Di Lieto, A., Miranda, L., Ardito, P., Favale, P. & Albano, G. (1989). Changes in the Bishop Score induced by manual nipple stimulation. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 16(1), 26-29.
- Dupin, P., & Hédon, F. (1999). *La sexualité féminine*. Paris: Flammarion.
- Elliott, J. P. & Flaherty, J. F. (1984). The use of breast stimulation to prevent postdate pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 149(6), 628-632.
- Evene. (2013). *Citation Sexualité*. Accès <http://www.evene.fr/citations/mot.php?mot=sexualite>
- Garanhani de Castro Surita, F., Guilherme Cecatti, J., Kruppa, F., Porto Tedesco, R. & Parpinelli, M. A. (2004). Cervical ripening methods for labor induction. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4(2), 125-133.
- Goodlin, R. C., Keller, D. & Raffin, M. (1971). Orgasm During Late Pregnancy. Possible Deleterious Effects. *Obstetrics and Gynecology*, 38(6), 916-920.
- Hohlfeld, P. & Marty, F. (2012). *Le livre de l'interne. Obstétrique* (4e éd.). Paris: Lavoisier.
- Jeuge-Maynard, I. (Dir). (2006). *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse.
- Kavanagh, J., Kelly, A. J. & Thomas, J. (2008). Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-11. doi :10.1002/14651858.CD003093
- Kavanagh, J., Kelly, A. J. & Thomas, J. (2010). Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-50. doi : 10.1002/14651858.CD003392.pub2
- Ladewig, P. W., London, M. L., Moberly, S. & Olds, S. B. (2003). *Soins infirmiers en périnatalité* (3e éd.). Québec: Editions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Ladewig, P. W., London, M. L., Moberly, S. & Olds, S. B. (2010). *Soins infirmiers en périnatalité* (4e éd.). Québec: Editions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Langis, P. & Germain, B. (2009). *La sexualité humaine*. Bruxelles : De Boeck.

- Lansac, J., Descamps, P. & Oury, J. F. (2011). *Pratique de l'accouchement* (5e éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Lansac, J. & Magnin, G. (2008). *Obstétrique pour le praticien* (5e éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Lansac, J., Marret, H. & Oury, J. F. (2006). *Pratique de l'accouchement* (4e éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Larousse. (2013). *Coït*. Accès <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/coit/35034>
- Les forums ados. (2013). *Forum santé*. Accès http://forum.ados.fr/mes-copines/Confidences/topic-unique-regles-sujet_26543_786.htm
- Lopès, P. & Poudat, F. X. (2007). *Manuel de sexologie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Mallaval, C. (2012). *Les femmes à confesse*. Accès <http://next.liberation.fr/vous/01012398435-les-femmes-a-confesse>
- Manuila, A., Manuila, L., Lewalle, P., Nicoulin, M. & Papo, T. (2004). *Dictionnaire médical Manuila* (10e éd.). Paris : Masson.
- Marieb, E. N. & Hoehn, K. (2007). *Human Anatomy & Physiology* (7e éd.). San Francisco : Pearson International Edition.
- Marieb, E. N. & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et Physiologie humaines* (4e éd.). Saint-Laurent : ERPI.
- Marpeau, L. (Ed.). (2010). *Traité d'obstétrique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1974). *Les réactions sexuelles*. Saint-Amand : Robert Laffont.
- Modarres, M. & Rahimi-Kian, F. (2000). The use of breast stimulation to prevent postdate pregnancy. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 14(3), 211-215.
- Moeglin, D., Baldauf, J. J., Legrand, A., Ritter, J. & Gandar, R. (1986). Intérêt et indications de la stimulation mamelonnaire en obstétrique. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 15, 355-359.

- Mon allaitement maternel. (2010). *La nouvelle anatomie du sein*. Accès <http://monallaitementavecmedela.com/allaitement-recherche/la-nouvelle-anatomie-du-sein>
- MoonDragon's Realm. (2013). Labor & Delivery – stage 2. Accès <http://www.moondragon.org/obgyn/pregnancy/laborstage2.html>
- Murkoff, H., Eisenberg, A. & Hathaway, S. (2008). *Le petit Larousse des (futures) Mamans*. Paris : Larousse.
- Nataf, S. (2013). *Le tissu musculaire*. Accès <http://histoblog.viabloga.com/texts/le-tissu-musculaire-strie>
- Odent, M. (1999). *L'amour scientifié*. Saint-Julien-en-Genevois : Editions Jouvence.
- Office Fédéral de la Statistique. (2013). *Statistique Suisse*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2013). *Statistique Suisse*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/tools/search.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1975). *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine. Rapport d'une réunion de l'OMS*. Accès http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572_fre.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Santé sexuelle et génésique*. Accès <http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- Perel, E. (2007). *L'intelligence érotique : faire vivre le désir dans le couple*. Paris : Laffont.
- Pugliese, M., Schorer, E. & Chatelain, B. (2012). *Guide pour la présentation des travaux écrits et des références bibliographiques (style APA)*. Accès http://www.heds-ge.ch/doc/centredoc/Guide_2011_coul.pdf
- Quevauvilliers, J. (Ed.). (2004). *Dictionnaire médical* (4e éd.). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Quevauvilliers, J. (Ed.). (2007). *Dictionnaire médical* (5e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Ruol, K. L. (2000). L'amour en attendant... *Les dossiers de l'obstétrique*, 279, 4-21.

- 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.
- Schaffir, J. (2006). Sexual Intercourse at Term and Onset of Labor. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 107(6), 1310-1314.
- Schaal, J. P. (Dir.). (2012). *Mécanique & Techniques Obstétricales*. Montpellier : Sauramps Médical.
- Tan, P. C., Andi, A., Azmi, N. & Noraihan, M. N. (2006). Effect of Coitus at Term on Length of Gestation, Induction of Labor, and Mode of Delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 108(1), 134-140.
- Tan, P. C., Yow, C. M. & Omar, S. Z. (2009). Coitus and orgasm at term : effect on spontaneous labor and pregnancy outcome. *Singapore Medical Journal*, 50(11), 1062-1067.
- Tan, P. C., Yow, C. M. & Omar, S. Z. (2007). Effect of Coital Activity on Onset of Labor in Women Scheduled for Labor Induction. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 110(4), 820-826.
- Tardieu, N. (2004). *Grossesse et sexualité à travers l'Histoire*. Paris: Connaissance et Savoirs.
- Tenore, J. L. (2003). Methods for Cervical Ripening and Induction of Labor. *American Family Physician*, 67(10), 2123-2128.
- Tomlinson, A. J., Colliver, D., Nelson, J. & Jackson, F. (1999). Does sexual intercourse at term influence the onset of labor ? A survey of attitudes of patients and their partners. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 19(5), 466-468.
- Tortora, G. J. & Grabowski, S. R. (2001). *Principes d'anatomie et de physiologie* (3^e éd. française). Québec: De Boeck Université.
- Uvnäs Moberg, K. (2006). *Ocytocine: l'hormone de l'amour santé - bien-être - relations*. Gap: Le Souffle d'Or.
- Van der Schueren, B. (2003). *La maternité est-elle sexuée ?* Accès <http://www.fondschalumeau.unige.ch/fr/documents/Matenite.pdf>
- Wainsten, J. P. (Dir.). (2009). *Le Larousse médical* (5e éd.). Paris : Larousse.

Walker, M. (2011). *Breastfeeding Management for the Clinician. Using the evidence.* (2e éd.). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

7.2. Liste bibliographique

Amico, J. A. & Finley, B. E. (1986). Breast stimulation in cycling women, pregnant women and a woman with induced lactation : pattern of release of oxytocin, prolactin and luteinizing hormone. *Clinical Endocrinology*, 25, 97-106.

André, J. (2007). *Aux origines féminines de la sexualité.* Vendôme : Quadriga Puf.

Berghella, V. (Ed.). (2012). *Obstetric Evidence Based Guidelines* (2e éd.). Londres : Informa Healthcare.

Clerget, J. (1986). *Fantasmes et masques de grossesse.* Lyon : Presses Universitaires de Lyon.

Curtis, P. (1999). Breast Stimulation to Augment Labor : History, Mystery, and Culture. *Birth*, 26(2), 123-126.

Curtis, P., Resnick, J. C., Evens, S. & Thompson, C. J. (1999). A Comparison of Breast Stimulation and Intravenous Oxytocin for the Augmentation of Labor. *Birth*, 26(2), 115-122.

Dolto, F. (1982). *Sexualité féminine. Libido, Erotisme, Frigidité.* Paris : Scarabée & Co.

Ekwo, E. E, Gosselink, C. A, Woolson, R., Moawad, A. & Long, C. R. (1993). Coitus late in pregnancy : Risk of preterm rupture of amniotic sac membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(1), 22-31.

Ferroul, Y. (2002). *La sexualité féminine.* Paris : Ellipses Édition.

Flaumenbaum, D. (2006). *Femme désirée, femme désirante.* Paris : Payot.

Goodlin, R. C., Schmidt, W. & Creevy, D. C. (1972). Uterine Tension and Fetal Heart Rate During Maternal Orgasm. *Obstetrics and Gynecology*, 39(1), 125-127.

Hofmeyr, G. J., Alfrevic, Z., Kelly, A. J., Kavanagh, J., Thomas, J., Neilson, J. P. & Dowswell, T. (2009). Methods for cervical ripening and labour induction in late pregnancy : generic protocol (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-9. doi : 10.1002/14651858.CD000941

- Huddleston, J. F, Sutliff, G. & Robinson, D. (1984). Contraction Stress Test by Intermittent Nipple Stimulation. *Obstetrics and Gynecology*, 63(5), 669-673.
- Jones, C., Chan, C. & Farine, D. (2011). *Le sexe pendant la grossesse*. Accès <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2011/12/01/cmaj.091580.DC2/primer-jones-f-may11.pdf>
- Jouannet, P. & Nahoum-Grappe, V. (2004). *Histoires de sexe et désir d'enfant*. Paris : Le Pommier.
- Kadar, N., Tapp, A. & Wong, A. (1990). The Influence of Nipple Stimulation at Term and the Duration of Pregnancy. *Journal of Perinatology*, 10(2), 164-166.
- Knibiehler, Y. (2002). *La sexualité et l'histoire*. Paris : Odile Jacob.
- Mackay, J. (2000). *Atlas de la sexualité dans le monde*. Paris : Autrement.
- Merger, R., Lévy, J. & Melchior, J. (2011). *Précis d'obstétrique*. (6e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Nissim, R. (2004). *La sexualité des femmes racontée aux jeunes et aux moins jeunes*. Genève: Editions Mamamélis.
- OCDE. (2011). *Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE*. Paris : Editions OCDE.
- Odent, M. (2009). *Le funzioni degli orgasmi*. Firenze : Terra Nuova Edizioni.
- Omar, N. S., Tan, P. C., Sabir, N., Yusop, E. S. & Omar, S. Z. (2012). Coitus to expedite the onset of labour : a randomised trial. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 338-345. doi : 10.1111/1471-0528.12054
- Paget, L. L. (2010). *L'orgasme sans tabou*. Paris: Marabout.
- Pasini, W., Crépault, C. & Galimberti, U. (1988). *Immaginario sessuale*. Milano : Raffaello Cortina Editore.
- Pasini, W. (1990). *Intimità : al di là dell'amore e del sesso*. Milano : Arnoldo Mondadori Editore.
- Pasini, W. (1997). *Desiderare il desiderio : come accenderlo, come ritrovarlo*. Milano : Arnoldo Mondadori Editore.
- Regard, S. & Mix&Remix. (2012). *La santé en Suisse*. Le Mont-sur-Lausanne : LEP.

- Ruol, K. L. (2000). L'amour en attendant... Rôle de l'information. *Les dossiers de l'obstétrique*, 280, 19-27.
- Sayle, A. E., Savitz, D. A. & Williams, J. F. (2003). Accuracy of reporting of sexual activity during late pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17, 143-147.
- Segal, S., Gerner, O., Zohav, E., Siani, M. & Sassoon, E. (1995). Evaluation of breast stimulation for induction of labor in women with a prior cesarean section and in grandmultiparas. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74, 40-41.
- Tordjman, G. (1996). *La sexualité au fil de la vie*. Paris : Hachette.

8. ANNEXES

Annexe I : Glossaire

Actine et myosine : protéines des cellules musculaires (Lansac, 2006, p. 12).

Aménorrhée : « Absence des règles, en dehors de la grossesse, et chez la femme en âge d'être réglée » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 17).

Amnios : « Membrane mince tapissant tout l'intérieur de la cavité où se trouve le fœtus (cavité amniotique). Elle engaine le cordon ombilical jusqu'à l'ombilic du fœtus » (Quevauvilliers, 2004, p. 39).

Chorion : « Membrane extérieure de l'œuf des mammifères » (Manuila et al., 2004, p. 94).

Colostrum : « Premier lait d'une accouchée : produit de sécrétion de la glande mammaire, qui apparaît après l'accouchement. C'est un liquide jaunâtre, fortement alcalin, riche en protéines et en anticorps maternels. Le colostrum est progressivement remplacé par le lait » (Manuila et al., 2004, p. 105).

Contraction-Stress Test : « Ce test peut s'effectuer lors de contractions spontanées, après stimulation mamelonnaire ou sous perfusion d'ocytocine » (Hohlfelf & Marty, 2012, p. 2).

Décidue : partie de l'endomètre se trouvant entre les villosités choriales et la couche basale. La décidue et les villosités choriales forment ensemble le placenta (traduction libre, Marieb & Hoehn, p. 1122).

Gap junction : passage entre deux cellules adjacentes, constitué de protéines transmembranaires (traduction libre, Marieb & Hoehn, p. 69).

Hormone : « 1) Toute substance élaborée par une glande endocrine et qui, déversée dans le sang, exerce une action physiologique spécifique au niveau de divers organes.

2) Par extension, toute substance synthétique possédant les propriétés d'une hormone naturelle » (Manuila et al., 2004, p. 230).

Multipare : « Se dit d'une femme qui a eu plusieurs enfants » (Manuila et al., 2004, p. 318).

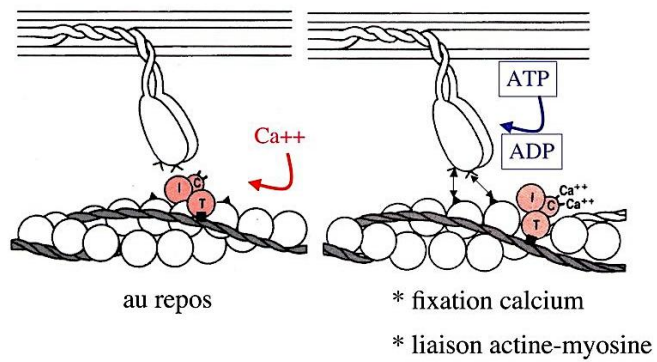
Nullipare : « Se dit d'une femme qui n'a jamais eu d'enfants » (Manuila et al., 2004, p. 340).

Potentiel d'action : signal généré par des cellules avec une membrane excitable, comme les neurones et les cellules musculaires (traduction libre, Marieb & Hoehn, p. 402).

Primigeste : « Qui est enceinte pour la première fois » (Manuila et al., 2004, p. 405).

VIH : « Abréviation de virus d'immunodéficience humaine (virus du sida) ». « Maladie très grave provoquée par un virus, qui détruit les défenses immunitaires de l'organisme et l'expose à diverses infections opportunistes redoutables » (Manuila et al., 2004, pp. 463 et 556).

Annexe II : Le complexe actine-myosine



Tiré de : Nataf, 2013

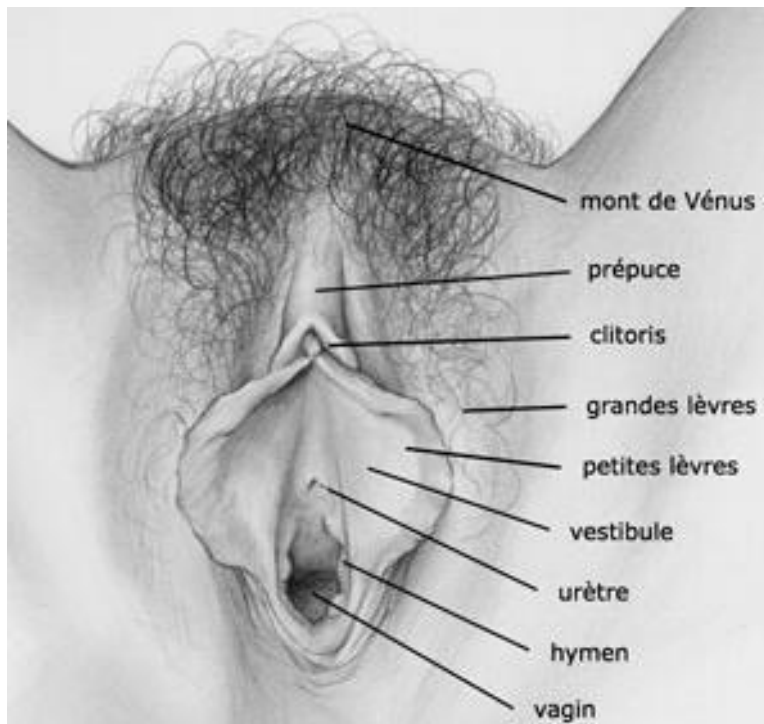
Annexe III : Le score de Bishop

	0	1	2	3
Dilatation du col utérin en cm	0	1 à 2	3 à 4	= 5
Effacement du col utérin en %	Long (0 à 30)	Milong (40 à 50)	Court (60 à 70)	Effacé (= 80)
Consistance du col utérin	Ferme	Moyenne	Molle	
Position du col utérin	Postérieure	Centrale	Antérieure	
Positionnement de la tête foetale	Haute et mobile (3 cm au dessus)	Amorcée (2 cm au dessus)	Fixée (\leq 1 cm au dessus)	Engagée (1 - 2 cm au dessous)

Tiré de : Amis-Med, 2010

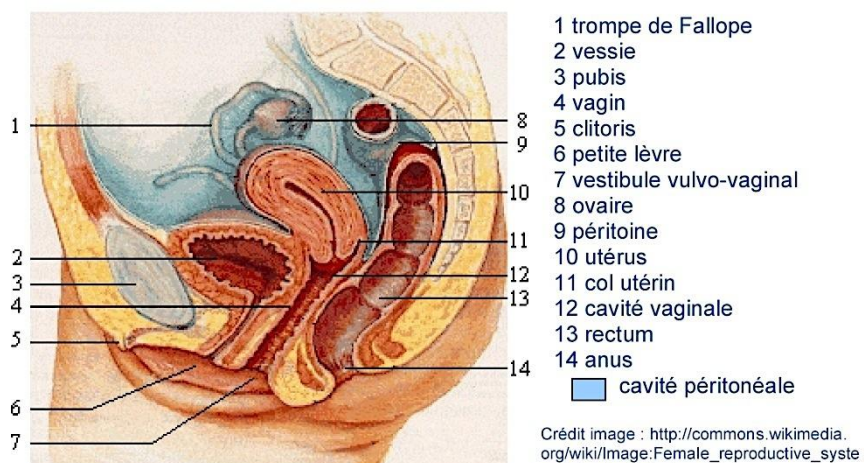
Annexe IV : Les organes génitaux féminins

La vulve



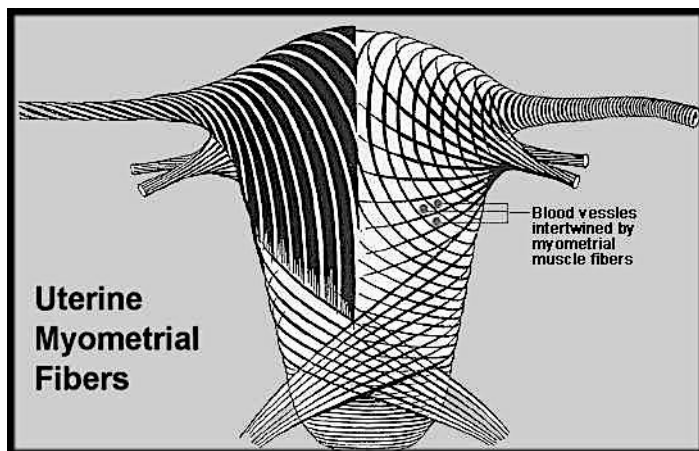
Tiré de : Les Forums Ados, 2013

Coupe sagittale du petit bassin



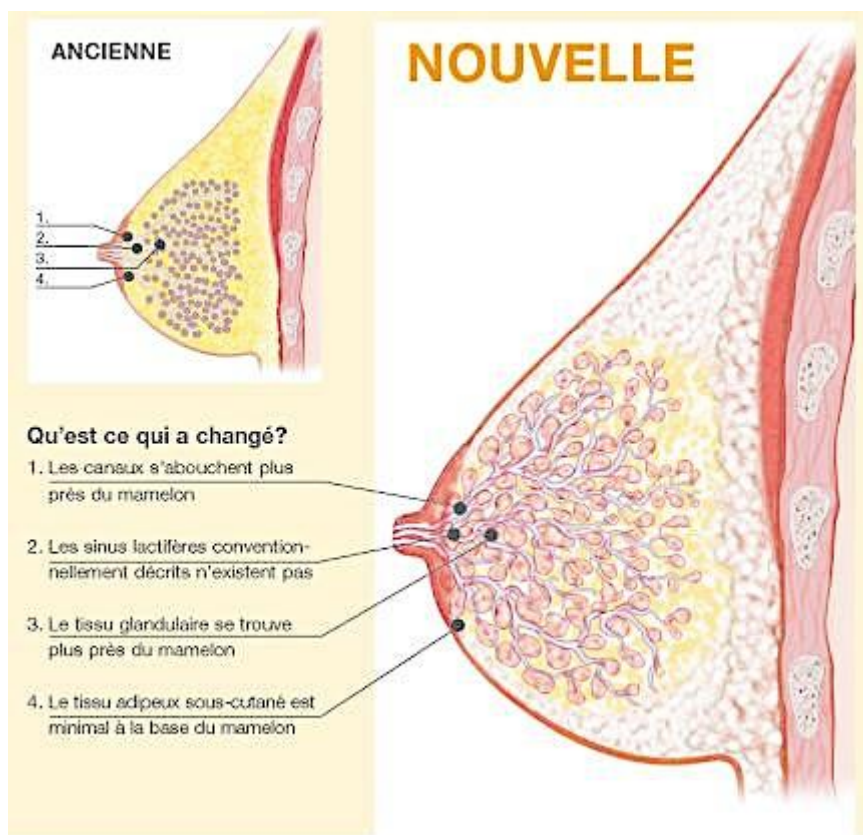
Tiré de : Centre François Baclesse-Caen, 2013

Annexe V : Les couches musculaires de l'utérus



Tiré de : MoonDragon's Realm, 2013

Annexe VI : Le sein



Tiré de : Mon allaitement maternel, 2010