

Menace d'Accouchement Prématuré : doit-on déconseiller les rapports sexuels suite à une MAP?

Autor(en): **Kaenel, Cyndie von**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **108 (2010)**

Heft 3

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949654>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



Menace d'Accouchement Prématuro

Doit-on déconseiller les rapports sexuels suite à une MAP?

La prise en charge de femmes confrontées à une menace d'accouchement prématuré (MAP) fait partie intégrante du champ professionnel de la sage-femme. Lorsque la situation se stabilise ou s'améliore et que la femme peut regagner son domicile, différentes recommandations et conseils d'usage lui sont donnés par les professionnels de la santé. Parmi les thèmes abordés, la sexualité tient une place importante. Un mémoire de fin d'études Bachelor consacré à ce sujet a été présenté par l'auteure et par Claudia Salone cet automne 2009 à la Haute Ecole de Santé de Genève.

Notre questionnement est parti du fait que nous avons rencontré des difficultés à dispenser certaines informations précises sur ce sujet aux patientes. En effet, les risques liés à la sexualité après une menace d'accouchement prématuré (MAP) semblent peu connus, alors que la prématurité constitue un problème important de santé publique. De plus, nous

nous sommes également interrogées sur les éventuelles conséquences sur le couple que peuvent avoir des consignes en matière de sexualité qui lui sont données par les professionnels de la santé dans de telles circonstances.

De manière générale, c'est désireuses d'améliorer la prise en charge globale des femmes ayant vécu une MAP, en

répondant le plus justement à leurs attentes et besoins en lien avec l'impact possible de leur vie sexuelle sur la grossesse, que nous avons souhaité développer quelque peu ce sujet. Nous considérons, en effet, que pouvoir orienter et accompagner les femmes dans les questions qu'elles peuvent se poser quant à l'impact de leur vie sexuelle sur la gros-

sesse fait partie intégrante des tâches de la sage-femme.

Cheminement vers la question de recherche

La question abordée au travers de ce travail est donc de savoir si les rapports sexuels doivent – ou non – être déconseillés aux femmes qui ont eu une MAP. En plus de l'aspect biomédical de la question, la manière dont le sujet est abordé avec les patientes est interrogée.

Nous avons commencé par élargir nos recherches en nous intéressant à d'autres axes envisageables autour de ce questionnement, telles que les représentations autour de la sexualité pendant la grossesse, la sexualité abordée à la maternité par les professionnels de la santé ou encore la santé sexuelle.

Il a également été essentiel de définir les notions traitées, à savoir le rapport sexuel et les différentes composantes possibles de celui-ci qui pourraient avoir un impact sur le déroulement de la grossesse ainsi que sur sa durée (la stimulation mamelonnaire, l'orgasme féminin, les décharges d'ocytocine et les prostaglandines contenues dans le sperme), la menace d'accouchement prématuré ainsi que la manière de la diagnostiquer et de la prendre en charge.

Nous nous sommes alors rendu compte qu'une grande partie de la complexité de notre questionnement résidait dans les différences de définitions que l'on accorde à chaque notion et il nous a, en effet, paru essentiel de s'accorder sur ce que l'on entendait réellement par «rapport sexuel» et par «menace d'accouchement prématuré».

Nous avons également fait le choix, dans ce travail, de nous intéresser particulièrement au cas où la femme ayant eu une MAP peut rentrer à domicile, suite ou non à une hospitalisation. En effet, dans ce cas de figure, la femme retrouve son domicile et sa vie conjugale avec certes certaines recommandations, mais la possibilité malgré tout de vivre sa sexualité comme elle l'entend, «à l'abri de tout regard».

Nombreuses variables à prendre en compte

De manière générale, la problématique de recherche s'est avérée particulièrement difficile à traiter en raison des nombreuses variables pouvant intervenir. En

effet, la subjectivité de la sexualité, la variété de types de MAP retrouvés et les nombreux critères d'individualité propres à chaque femme font qu'il est laborieux de retirer des données généralisables.

Les études n'apportent pas de réponses uniformes à la question, notamment du fait de la complexité à mener une recherche sur un sujet aussi délicat. Ainsi, aucun lien direct n'a pu être démontré entre les rapports sexuels suite à une MAP et l'accouchement prématuré. Une certaine tendance semble pourtant montrer que la sexualité ne serait pas sans conséquences sur une grossesse à risque, étant donné que certaines composantes d'un rapport sexuel (par exemple, la stimulation des seins) semblent être en mesure de provoquer des contractions utérines plus ou moins importantes. (Kavanagh et al., 2005 & Christensson et al., 1989).



Cyndie von Kaenel, sage-femme HES, sage-femme employée par Hôpital Neuchâtelais (maternité de La Chaude-Fonds) depuis novembre 2009.

En ce qui concerne l'orgasme lors d'un rapport sexuel, au vu de la littérature parcourue (Georgakopoulos et al., 1984 & Tan et al., 2007 & Brustman et al., 1989), nous avons constaté qu'il ne semblerait pas être incriminé dans le déclenchement d'un accouchement prématuré ou dans l'induction de contractions. Il pourrait peut-être alors être envisagé que l'orgasme sans pénétration vaginale ne comporte pas de danger pour une grossesse à risque. Si une étude pouvait confirmer ce postulat, il serait pertinent d'en discuter avec les patientes et de les informer de cette possibilité.

Résultats complexes et insuffisants

Bien que l'aspect biomédical du rapport sexuel soit particulièrement présent dans ce travail, nous ne pouvons ressortir aucune liste stéréotypée des différents paramètres de la sexualité (pénétration, orgasme, stimulation des seins, etc.) pouvant ou non être effectués par le couple. D'une part, par manque de fiabilité des résultats et, d'autre part, du fait du côté déstabilisant que pourraient avoir ces recommandations sur la femme et son conjoint.

En ce qui concerne la manière d'aborder le sujet de la sexualité avec les patientes, une des études a mis en évidence une difficulté de la part des professionnels de la maternité à intervenir dans ce domaine auprès des couples. (Van der Schueren, 2004). Il semblerait qu'ils considèrent nécessaire d'aborder le sujet mais

Méthodologie

Une revue de la littérature ciblée

Question de recherche

«Doit-on déconseiller les rapports sexuels pendant la grossesse suite à une MAP?»

Méthode de recherche

Nous avons donc réalisé une revue de la littérature de manière ciblée, à l'aide de banques de données biomédicales et du domaine des sciences sociales, ainsi que de façon plus générale, en parcourant la littérature obstétricale.

Pour cela, nous avons utilisé les moteurs de recherche et bases de données suivants: Rero, Bibal (base de données spécifique à la Haute Ecole de Santé), Pubmed, Cairn.Info ainsi que les archives du site de la Fédération suisse des sages-femmes. Etant donné une littérature principalement anglophone, nous avons été contraintes de traduire nos mots-clefs en anglais grâce à HON Select.

Par intérêt pour leurs thématiques, nous avons alors sélectionné dix articles, dont neuf en anglais, parus entre 1984 et 2007. Parmi ces articles, neuf étaient plutôt du domaine biomédical et une recherche était plus axée sur la manière d'aborder le sujet avec les patientes, celle-ci s'intéressant spécifiquement aux répercussions de la maternité sur la sexualité et à l'espace laissé par les professionnels de la santé à ce thème.

Nous avons ensuite analysé tous les articles selon les critères de l'Evidence Based Medicine, puis nous avons mis en lien les résultats obtenus avec notre question de recherche.

Cyndie von Kaenel & Claudia Salone: Sexualité et Menace d'Accouchement Prématuré: Doit-on déconseiller les rapports sexuels suite à une MAP?, Bachelor Thesis, Genève, HEDS, septembre 2009, 83 pages.

qu'ils ne se sentent que peu ou pas du tout formés dans le domaine. Il ressort également que la totalité des couples interrogés pour cette étude est d'avis qu'il en va du rôle du soignant d'aborder par lui-même le thème de la sexualité

Nous sommes malgré tout conscientes que notre recherche comporte un certain nombre de limites. En effet, une revue de la littérature plus complète aurait pu être effectuée si nous avions mené ce travail sur une plus longue durée et de manière



encore plus systématique. De plus, nous avons choisi de cibler principalement notre travail sur l'aspect biomédical du questionnement. Cependant, une investigation davantage axée sur la psychologie de la femme ayant une grossesse à risque et sa sexualité aurait aussi pu être pertinente. L'ancienneté de certaines études utilisées peut également être critiquée sur certains aspects.

Au vu des résultats complexes de notre recherche et étant donné qu'aucune étude n'a pu avancer qu'il était sans risque d'entretenir une sexualité sans contraintes suite à une MAP, nous nous retrouvons donc plus enclines à inciter les couples à la prudence, bien qu'il soit difficile éthiquement, au vu des résultats, d'avoir un avis tranché sur la question et de leur imposer certaines interdictions.

Offrir un espace de discussion et d'échange

Pour pouvoir aborder ce sujet avec les femmes, sans recommandations claires et précises, il semble alors nécessaire d'offrir un espace de discussion et d'échange. N'étant pas en mesure de répondre avec certitude aux questions des femmes, il paraît en effet indispensable

de pouvoir néanmoins veiller à ce qu'elles puissent partager leurs doutes et angoisses avec une personne de confiance, capable d'entendre leurs préoccupations et de les guider, la sage-femme paraissant être une personne particulièrement appropriée pour jouer ce rôle.

Cependant, comme l'a souligné Van der Schueren (2003) dans sa recherche, les professionnels de la santé en maternité se disent majoritairement pas ou peu formés pour discuter autour de la sexualité avec les patientes, alors que la majorité des couples semblent attendre que ces derniers abordent le sujet en premier. Nous aimerions alors mettre l'accent sur la nécessité d'une formation des soignants travaillant autour de la maternité dans le domaine de la sexualité, ainsi que sur l'instauration d'un cadre par les structures hospitalières, permettant aux sages-femmes d'aborder plus aisément le sujet avec les patientes.

Concrètement, nous ressortons de nos recherches que le plus important sera de laisser la place à la femme et à son conjoint pour parler de ce thème et non de répondre parfaitement à toutes leurs interrogations. En effet, l'attitude que nous allons adopter avec ces femmes et ces couples nous paraît être essentielle, étant donné notre incapacité à donner

des réponses claires et concrètes à leurs questions.

De ce fait, il nous semble important de donner de la place au sujet de la sexualité lorsqu'une femme vient de vivre une situation de MAP, en prenant le temps d'aborder le sujet et de l'informer de nos quelques connaissances, dans un endroit isolé et en incluant le partenaire (avec l'accord de la femme) dans la discussion. Ce moment d'échange sur le sujet permettra peut-être aux partenaires d'évoquer leurs besoins et leurs doutes, mais il sera également l'occasion pour eux de prendre conscience de la possibilité de conserver une intimité sans forcément avoir de rapports sexuels complets, si cela répond à leurs attentes. La sage-femme tiendra, elle, un rôle de médiatrice au sein du couple, dans le sens où elle pourra donner des pistes possibles et favorisera le dialogue dans le couple.

Aborder chaque situation de manière spécifique

Notre question de recherche s'est avérée particulièrement difficile à traiter en raison de l'individualité et de la spécificité de chaque femme et des réactions variables de chaque couple face à ce problème. Le vécu et l'acceptation de cette

pathologie qu'est la MAP peut certainement varier d'une personne à l'autre. De plus, il existe plusieurs degrés de gravité lorsque l'on parle de MAP, ce qui implique donc une prise en charge spécifique à chaque situation et une impossibilité de généraliser une conduite à tenir. La relation sexuelle ne comporte pas de définition précise et une part de subjectivité peut être laissée à chaque personne, ce qui rend les recherches précises dans ce domaine difficiles à réaliser. On peut aussi supposer que chaque couple a une sexualité propre. Il est donc particulièrement difficile de mener une étude d'une part sur la MAP et d'autre part sur la sexualité, qui sont deux sujets ne pouvant pas être définis uniformément.

Cependant, ce travail aura néanmoins un impact direct sur la prise en charge de nos patientes. En effet, bien que la thématique soit complexe, nous sommes maintenant persuadées de l'importance de l'aborder par nous-mêmes de manière systématique avec les patientes. D'une part, nous avons acquis un certain nombre de nouvelles connaissances utiles et, d'autre part, nous savons désormais que répondre aux questions des femmes dans ce domaine n'est pas une chose simple et rapide mais que cela demande du temps, un discours adapté, de l'écoute, de la disponibilité et la capacité d'instaurer d'une relation d'aide. Il s'agit en effet d'un sujet complexe qui nécessite de mener un entretien demandant plus d'efforts que de suivre un simple protocole d'information. Cette manière de faire semble pourtant répondre de façon plus adaptée aux femmes et nous est possible grâce aux moyens relationnels acquis au cours de la formation de sage-femme.

Certaines situations peuvent néanmoins dépasser nos compétences et il est alors important d'être capable de passer le relais à un spécialiste, obstétricien ou sexologue. En effet, des problèmes sexuels préexistants à la grossesse, une histoire particulière de la femme ou du couple ou encore une demande particulière de la patiente, par exemple, doivent nous faire les aiguiller vers quelqu'un de plus compétent étant donné que cela sort du cadre de nos aptitudes de sage-femme.

Favoriser l'intimité des patientes hospitalisées pour MAP

Nous nous sommes également grandement questionnées sur le vécu de l'intimité du couple lorsque la femme est hospitalisée, parfois plusieurs mois, et que le

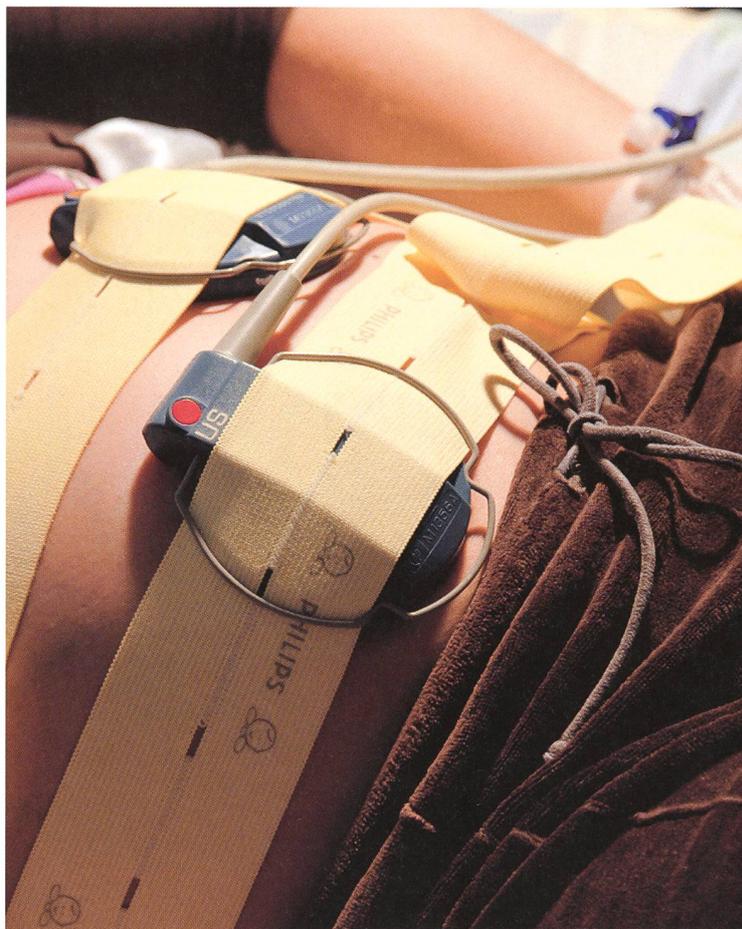
seul endroit où le couple peut se retrouver est la chambre d'hôpital, souvent impersonnelle et envahie constamment d'autres personnes: corps médical, voisine de chambre, visites de l'extérieur, femme de ménage, etc.

Nous nous sommes alors demandés si, après une discussion préalable de la femme avec la sage-femme, certains temps de «tranquillité» avec son conjoint sans va-et-vient dans la chambre pourraient être instaurés, par exemple le soir, si les conditions médicales le permettent bien évidemment. Un panneau à apposer sur la porte pourrait, par exemple, être créé, signifiant un moment d'intimité pour le couple où les entrées évitables dans la chambre seraient reportées à plus tard et celles nécessaires se feraient dans le respect, le calme et la discrétion. Le fait, en plus de toquer, d'attendre que la femme donne son accord avant d'ouvrir la porte permettrait à celle-ci de se sentir davantage «chez elle», favorisant ainsi certainement des moments d'échanges entre son conjoint, elle-même et leur futur bébé.

En tous les cas, ce type de discussions au sein de l'équipe soignante de la maternité peut permettre d'évoquer un certain nombre de réflexions telles que le cautionnement ou non, par exemple, de l'existence d'une sexualité des patientes à l'hôpital, mais également de la place que nous occupons auprès de la femme lorsque celle-ci est longuement hospitalisée et des conséquences sur son intimité de manière générale. La mise à jour de toutes ces constatations doit nous permettre de faire évoluer notre profession ainsi que nos prises en charge des femmes souffrant ou ayant souffert d'une MAP. ◀

Bibliographie principale

Brustman L.E., Raptoulis M., Langer O., Anyaebunam A. & Merkatz I.R. (1989). Changes in the Pattern of Uterine Contractility in Relationship to Coitus During Pregnancies at Low and High Risk for Preterm Labor. *Obstetrics and Gynecology*, 73 (2), 166-168.



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. *Obstetrics and Gynecology*, 108, 134-40.

Tan P.C. & Yow C.M. & Omar S.Z. (2007). Effect of coital activity on onset of labor in Women scheduled for labor induction. *Obstetrics and Gynecology*, 110 (4), 820-826.

Christensson K., Nilsson B., Stock S., Matthiesen A., Uvnas-Moberg K. (1989). Effect of nipple stimulation on uterine activity and of plasma levels of oxytocin in full term, healthy pregnant women. *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 68, 205-10.

Kavanagh J. & Kelly A.J. & Thomas J. (2005). Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software.

Petridou E., Salvanos H., Skalkidou A., Dessypris N., Moustaki M. & Trichopoulos D. (2001). Are there common triggers of preterm deliveries? *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 108, 598-604.

Georgakopoulos P.A. & Dodos D.M. (1984). Sexuality in pregnancy and premature labour. *Br. J. Obstet. Gynaeco*, 91(9), 891-3.

Sosa C., Althabe F., Belizan J., Bergel E. (2004). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Cochrane Review). *The Cochrane library*, 1, 1-9.

Van der Schueren B. (2004). Parler de la sexualité à la maternité: tabou ou nécessité? *Sage-femme.ch*, 3, 26-29.

Yost N.P., Owen J., Berghella V., Thom E., Swain M., Dildy G.A. III, Miodovnik M., Langer O. & Sibai B. (2006). Effect of Coitus on Recurrent Preterm Birth. *Obstetrics and Gynecology*, 107 (4), 793-797.