

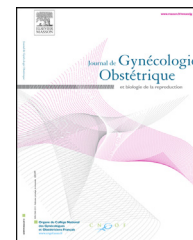


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉTAT DE CONNAISSANCES

Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – partie 1



What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatality – part 1

C. de Pierrepont^{a,*}, V. Polomeno^b, L. Bouchard^c, E. Reissing^d

^a 45, rue de l'Horizon, JOE1PO Eastman, Québec, Canada

^b Bureau 3236C, 451, chemin Smyth, K1H8M5 Ottawa, Ontario, Canada

^c Pièce 225, 1, rue Stewart, K1N6N5 Ottawa, Ontario, Canada

^d 136, Jean-Jacques-Lussier, K1C6N5 Ottawa, Ontario, Canada

Reçu le 5 août 2015 ; avis du comité de lecture le 12 mai 2016 ; définitivement accepté le 7 juin 2016

Disponible sur Internet le 4 juillet 2016

MOTS CLÉS

Sexualité périnatale ;
Sexopérinatalité ;
Transition à la
parentalité ;
Couples parentaux ;
Grossesse

Résumé Lors de la transition à la parentalité, l'aspect intime et sexuel de la relation conjugale des futurs et nouveaux couples parentaux est le plus affecté et le plus vulnérable ; les couples doivent s'adapter pour favoriser leur couple et leur famille. Le but de cet examen de la portée est de cerner ce que dit la littérature des 15 dernières années sur la sexualité périnatale. Au total, 123 articles empiriques ont été retenus. Ce premier article d'une série de deux concerne la sexualité pendant la grossesse. En plus de dresser un portrait des recherches sélectionnées, 23 variables sexuelles prénatales ont été analysées. Les données rassemblées esquissent un portrait sexopérinatal diversifié : les expériences intimes et sexuelles sont variables. Malgré certaines exceptions, une certaine tendance à la baisse graduelle et progressive de la plupart des comportements sexuels et de l'expression sexuelle générale pendant la grossesse a été notée, avec une diminution marquée au début de la grossesse et au 3^e trimestre. Les femmes sont particulièrement affectées par un plus grand nombre de changements sexuels, mais les hommes le sont aussi. De nombreux facteurs physiologiques et psychologiques simultanés affectent l'expression sexuelle des couples. Les fluctuations sexuelles sont toutefois un phénomène naturel pendant la transition à la parentalité ; la sexualité pendant la grossesse

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : catdep@hotmail.com (C. de Pierrepont), vpolomen@uottawa.ca (V. Polomeno), louise.bouchard@uottawa.ca (L. Bouchard), reissing@uottawa.ca (E. Reissing).

constitue une bulle temporelle et temporaire où la sexualité se modifie et s'ajuste en fonction des nouvelles conditions. L'intervention sexopérinatale devrait faire partie du suivi holistique des soins de santé périnataux pour favoriser le maintien d'une relation intime et sexuelle saine et positive chez les couples.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Perinatal sexuality;
Sexoperinatalité;
Transition to
parenthood;
Parenting couples;
Pregnancy

Summary The intimate and sexual dimension of future and new parenting couples' relationship is the most affected and the most vulnerable during the transition to parenthood; couples must adapt to support their relationship and their families. The purpose of this scoping review is to identify the literature that has been published on perinatal sexuality in the last 15 years. A total of 123 empirical articles were selected. This first article of a series of two is about sexuality during pregnancy. In addition to painting a picture from the chosen articles, 23 prenatal sexual variables were analyzed. The combined data present a diversified portrait of perinatal sexuality during pregnancy: the intimate and sexual experience varies during this period. Despite some exceptions, a certain tendency towards a gradual and progressive decline in most sexual behaviors and overall sexual expression during pregnancy was noted, with a marked decrease in early pregnancy and during the third trimester. Women are particularly affected by a greater number of sexual changes, but men are too. Many simultaneous physiological and psychological factors affect the sexual expression of the couples. Sexual fluctuations are a natural phenomenon during the transition to parenthood; couples must adjust to the new conditions and to the changes associated with sexuality during pregnancy, which are considered temporary. Sexoperinatal interventions should be a part of holistic perinatal health care in order to help couples maintain an intimate relationship and a healthy and positive sexual life.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La sexualité, phénomène complexe et multidimensionnel [1–3], constitue une composante fondamentale et centrale de la santé humaine globale [1–5]. Lors des différentes transitions de vie, cette dernière peut être ébranlée et doit être ajustée en conséquence. Ceci est notamment le cas lors de la transition à la parentalité, circonscrite pendant la période périnatale et se définissant en temps précis entre la décision d'avoir un enfant ou le moment de la conception et le deuxième anniversaire de l'enfant [6]. Cette période regorge de bouleversements multidimensionnels simultanés d'ordre biologique, physiologique, psychologique, émotionnel, social et sexuel pour les futurs et nouveaux parents, particulièrement au premier enfant [7–12]. Il s'agit d'une phase de développement critique, d'un événement de vie majeur, d'une période de déséquilibre, et d'un moment de transition de vie nécessitant une adaptation, des ajustements majeurs et une réorganisation pour le couple [6,10,13–18]. Plus particulièrement, c'est l'aspect intime et sexuel du couple qui est le plus affecté et le plus vulnérable lors de cette période [6,10,16–22]. Par le fait même, les futurs et nouveaux parents doivent s'adapter le mieux possible pour favoriser leur couple et par extension, leur famille. Les besoins intimes et sexuels des couples parentaux sont nombreux lors de cette transition et devraient donc être reconnus, mais peu d'attention leur est portée en recherche et en pratique clinique. Cette série de deux articles permettra de faire le point, par un examen de la portée, sur la sexualité lors de la période périnatale. Ce premier article abordera spécifiquement la sexualité pendant la grossesse.

Méthodologie

Afin de cerner l'ensemble des études récentes sur la sexopérinatalité, un examen de la portée (*scoping review*) a été entrepris, soit un des types de revue de littérature [23] de plus en plus en utilisé en santé [24–29]. Daudt et al. [26] ont défini les examens de la portée comme des études qui permettent de dresser le portrait de la littérature sur un sujet particulier et qui permettent ainsi d'identifier et de cerner les concepts clés, les lacunes et les diverses sources de données pour informer et enrichir les pratiques, les politiques et la recherche. Les examens de la portée incluent des études avec des différentes méthodologies et l'évaluation de la qualité des études incluses n'est pas prioritaire [24,25,28–30].

Le modèle d'Arksey et O'Malley [30], comprenant six étapes (la dernière est facultative), a été utilisé pour cette étude [24–30]. La première a consisté en l'identification de la question de recherche qui a été faite par les deux auteurs principaux : que dit la littérature existante sur l'intimité et la sexualité périnatale des futurs et nouveaux parents ? La deuxième étape a été l'identification des études pertinentes grâce à une multitude de sources à l'aide de la combinaison de plusieurs mots clés, en anglais et en français (voir [Tableau 1](#)). Cette première recherche a permis d'identifier 333 références pertinentes. La troisième étape a permis la sélection finale des études appropriées en fonction de deux tris consécutifs. Tous les articles choisis devaient directement porter sur l'intimité et/ou la sexualité pendant la période périnatale chez les couples hétérosexuels ; le tout devait être apparent soit dans le titre ou dans les résumés des articles. Le premier tri a été fait en fonction des dates

Tableau 1 Stratégie de recherche.
Search strategy.

Sources utilisées

Google Scholar
Bases de données
PsychInfo
PudMed
ERIC
Medline
Embase
ProQuest
Scholar Portal [0]

Listes des références et prise en compte de toutes les bibliographies des articles trouvés
Sites Internet stratégiques
Associations, regroupements et organisations
Résumés de conférences

Mots clés

Intimité/*intimacy*, intime/*intimate*
Sexe/*sex*, sexuel/*sexual*, sexualité/*sexuality* et toutes leurs déclinaisons
Marital
Couple
Relation
Seins/*breast*
Allaitement/*breastfeeding*
Grossesse/*pregnancy*, enceinte/*pregnant*, gestation
Accouchement/*birth*
Anténatal/*antenatal*, prénatal/*prenatal*, antépartum
Intrapartum
Postnatal, *postpartum*
Périnatal/*perinatal*, puerpérium
Bébé/*baby*, enfant/*children*
Mère/*mother*, père/*father*, parent
Maternité/*maternity*, paternité/*paternity*
Transition à la parentalité/*transition to parenthood*

de publication, soit les études après 2000, et en fonction de la langue, soit les études en français ou en anglais. Un second tri en fonction des types d'articles a par la suite été fait et 123 articles empiriques (avec données originales) ont été retenus (voir Fig. 1 pour le décompte des études en fonction des deux tris compris dans l'étape de la sélection). La quatrième étape a permis d'organiser en un tableau ces 123 études (voir Tableau 2 pour les entêtes de colonnes incluses – le tableau complet est disponible sur demande auprès de l'auteur principal). La cinquième étape a permis le rassemblement, le sommaire et le rapport des résultats. Les données des études sélectionnées ont

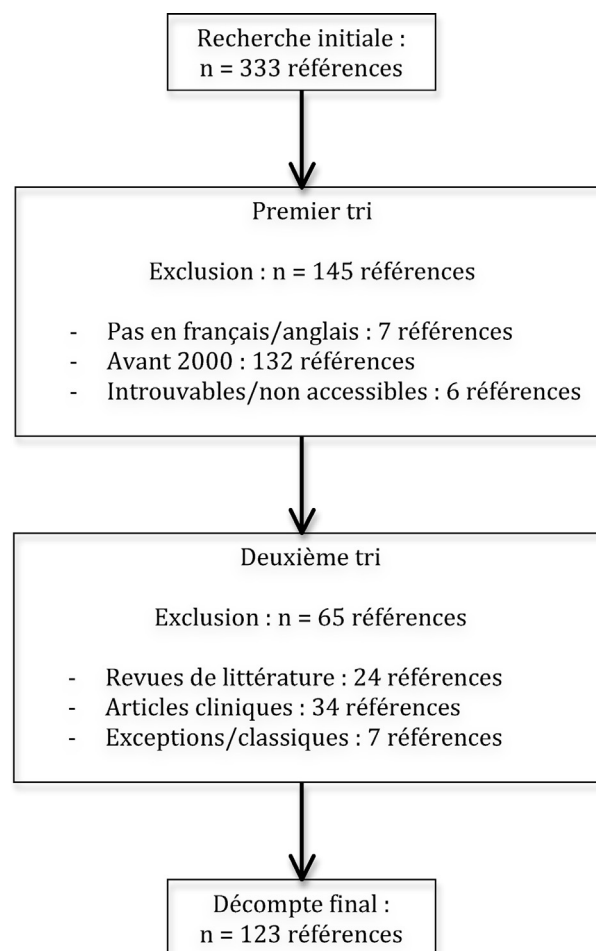


Figure 1 Décompte des études.
Count studies.

été divisées en fonction de la période périnatale correspondante (prénatale, travail et accouchement, postnatale et allaitement), puis en fonction des différentes autres variables abordées. Enfin, la sixième étape facultative, soit la consultation optionnelle avec des experts dans le domaine, a été réalisée avec quatre professeurs afin de renforcer la validité et la fiabilité des données rapportées.

Résultats

Les résultats présentés dans cet article concernent l'état des recherches sélectionnées pour cet examen de la portée ainsi que la sexualité pendant la grossesse. Cette dernière section est divisée en fonction des différentes variables sexopérinatales étudiées.

Tableau 2 Entêtes du tableau récapitulatif.
Headers of the summary table.

#	Référence (nom, année, pays)	But de l'étude	Type d'étude	Échantillon	Variables	Méthodes	Résultats (descriptifs et significatifs)
1	...	...	...	...	...	...	...

État des recherches

Le [Tableau 3](#) présente les détails des 123 études empiriques sélectionnées pour cet examen de la portée. Les pays d'origine sont variés et représentent tous les continents. En matière de type d'étude, 96 sont quantitatives et 19 qualitatives ; huit font figures d'exception. De plus, 24 études incluaient un aspect longitudinal et 23 un aspect rétrospectif. Pour ce qui est du nombre de participants,

l'étendue est de six à 12 815 participants (incluant les cas témoins), avec une moyenne générale de 537 participants. Plus précisément, les études qualitatives ont recruté six à 131 participants (moyenne de 30), les études quantitatives ont recruté 37 à 12 815 participants (moyenne de 674), et les études d'exception ont recruté 26 à 576 participants (moyenne de 142). Parmi les études retenues, 83 ont recruté leurs participants dans divers services de santé (soins prénataux, services pré- et postnataux,

Tableau 3 Détails des études sélectionnées.

Details of the selected studies.

n = 123 études sélectionnées

Pays d'origine	Afrique : 17 Amérique du Sud : 6 Europe : 41 Amérique du Nord : 29 Océanie : 8 Asie : 22
Types d'études et méthodologies	Qualitatives : 19 Entrevues : 17 (semi-structurées : 9/structurées : 2/non précisées : 6) Groupes de discussion : 1 Entrevues + groupes de discussion : 1 Quantitatives : 96 Études de cohorte : 16 Études corrélationnelles : 4 Études transversales (<i>cross-sectional</i>) : 23 Modèle chronologique interrompu (<i>interrupted time-series</i>) : 1 Essais randomisés contrôlés (<i>RCT</i>) : 2 Méthode cas témoins (<i>case-control</i>) : 1 Étude comparative avec lien causal (<i>causal comparative</i>) : 1 Étude transversale et cas témoins (<i>cross-sectional case-control</i>) : 1 Non précisé : 47 Exceptions : 8 Études mixtes (quantitatif et qualitatif) : 5 Études qualitative + étude quantitative : 2 Étude semi-qualitative : 1
Questionnaires utilisés	Développement de questionnaires pour l'étude (majorité : validation de contenu avec experts et/ou pré-test et/ou étude-pilote) : 28 Un ou plusieurs questionnaire(s) déjà existant(s) et validé(s) : 28 Female Sexual Function Index (FSFI) : 21 Edinburg Postnatal Depression Scale : 10 Dyadic Adjustment Scale (DAS) (original ou modifié) : 6 Pregnancy and Sexuality Questionnaire (original ou modifié) : 4 Sexual Desire Inventory : 3 Marital Adjustment Test : 3 Questionnaire(s) maison + questionnaire(s) déjà validé(s) : 21 Non précisé : 18
Échantillons recrutés	Femmes pendant la grossesse : 40 Femmes en postnatal : 40 Hommes pendant la grossesse : 1 Hommes en postnatal : 10 Couples en postnatal : 12 Femmes pendant la grossesse + en postnatal : 7 Hommes pendant la grossesse + en postnatal : 2 Couples pendant la grossesse + en postnatal : 3 Exceptions (célibataires, femmes pendant accouchement, co-parents, professionnels de la santé) : 8

unités de santé, centres de santé, cliniques, hôpitaux, cours pré- et postnataux, bureaux privés de consultation d'obstétriciens-gynécologues, suivi de sages-femmes, suivi de travailleurs de santé communautaires) et quatre études ont recruté leurs participants par le biais d'Internet.

Les caractéristiques générales des participants sont toutes aussi variées. Les participants recrutés sont âgés entre 15 et 60 ans, avec une moyenne d'âge relative de 30 ans. Pour ce qui est de la parité, les études recensées s'intéressent autant aux participants nullipares, primipares et multipares, avec une légère emphase sur les parents pour lesquels c'est la première fois (*first-time parent*). En matière de statut civil, la grande majorité des participants sont mariés ou cohabitent avec leur partenaire. Lorsque les participants étaient recrutés pendant la grossesse, le trimestre a été spécifié ; lorsque les participants étaient recrutés en période postnatale, le type d'accouchement, la présence de lacérations, déchirures et/ou épisiotomie ainsi que le temps écoulé depuis l'accouchement ont été précisés.

Toutes ces études compilées ensemble dans le domaine sexopérinatal couvrent une vaste étendue de variables étudiées, des attitudes envers la sexualité à la fonction sexuelle, en passant par les problèmes sexuels et la satisfaction sexuelle et ce, pendant et après la grossesse. Toutefois, toutes les études ne se concentrent que sur quelques aspects à la fois, aucune d'entre elles n'abordant la majorité des variables suivantes dans une seule recherche, variables qui sont pourtant représentatives, dans leur ensemble, de l'expérience sexopérinatale.

Sexualité pendant la grossesse

Variables d'ordre psychologique

Opinions et connaissances sur la sexualité pendant la grossesse. Les opinions sur la continuation des relations sexuelles pendant la grossesse sont mitigées. Selon les études, entre 39,4 % à 97,5 % des participants interrogés croient qu'il est possible et sécuritaire d'avoir des relations sexuelles pendant la grossesse [31–38], alors que 2 % à 8,8 % pensent que cela n'est pas acceptable et/ou dangereux [31,33–35]. De plus, 52,7 % à 85 % pensent que les relations sexuelles devraient être réduites pendant la grossesse [39–41]. C'est particulièrement au 1^{er} trimestre et à la fin de la grossesse que les relations sexuelles sont considérées les plus compromettantes [36,37,39,42]. De plus, dans son étude quantitative auprès de 170 femmes enceintes, Sossah [11] a trouvé une forte relation significative entre les attitudes et les comportements sexuels pendant la grossesse ($p=0,001$ et $r=0,252$ pour le désir, $p=0,003$ et $r=0,227$ pour les comportements non coïtaux et $p=0,022$ et $r=0,176$ pour les comportements non coïtaux), les attitudes positives entraînant plus de comportements sexuels. Cette étude a également révélé un niveau de connaissances sous la moyenne chez les femmes concernant la sexualité ainsi qu'une relation moyenne, mais significative, entre le niveau de connaissances et les comportements sexuels ($p=0,000$ et $r=0,285$ pour les comportements non coïtaux et $p=0,008$ et $r=0,204$ pour les comportements non coïtaux) ; les femmes qui ont plus de connaissances ont donc plus de comportements sexuels. De son côté, l'étude quantitative auprès de 196 femmes enceintes d'Olusegun et Ireti

[37] a noté que 49,5 % d'entre elles ont de pauvres à bonnes connaissances en matière de lignes directrices sécuritaires pour le coït pendant la grossesse.

Peurs, anxiétés et croyances. La réduction des activités sexuelles et l'abstinence sexuelle par peur et anxiété pendant la grossesse sont très fréquentes. Les peurs et anxiétés les plus courantes sont les suivantes : peur de causer une fausse-couche (5,8 % à 84,3 %) [31,34,35,38,41,43–50] ; peur de déclencher le travail ou de causer un travail et un accouchement prématuré (9,4 % à 60,7 %) [44–47,49–52] ; peur de causer la rupture prématurée des membranes (2,6 % à 54 %) [31,33,41,49–51] ; peur d'affecter la grossesse ou de créer des complications (5,9 % à 79,8 %) [34,37,51,53] ; peur de causer des saignements (7,3 % à 74,8 %) [33–35,38,44–46,50,51] ; peur des infections (4 % à 60,7 %) [31,34,35,41,46,50–52] ; peur de faire mal au fœtus (12 % à 86,9 %) [34–36,38,39,41,44,46,47,49–52,54,55] ; peur de faire mal à la mère (4 % à 55 %) [39,44,54] ; et peur de l'inconfort et/ou de la douleur (6 % à 63 %) [31,35,37,41,47,50,55,56]. Les études quantitatives d'Erol et al. [57], de Gokyildiz et Beji [33], de Pauls et al. [58] ainsi que de Bartellas et al. [51] ont toutes stipulé que la plupart de ces peurs augmentent au fil de l'avancement des trimestres.

En matière de croyances, plusieurs études ont soulevé qu'une raison religieuse, sociale, culturelle et/ou traditionnelle interdisait la sexualité pendant la grossesse (4 % à 33 %) [39,43,55,59]. Enfin, l'étude quantitative de Boyce et al. [60] auprès de 312 hommes a indiqué que 18,6 % d'entre eux relèvent de cas de détresse psychologique ; il y a donc un stress associé à la grossesse chez les hommes.

Importance de la sexualité. Seuls Trutnovsky et ses collègues [53] ont étudié cette variable et ont noté une diminution significative de l'importance de la sexualité en général ($p<0,001$) et de l'importance du coït entre avant la grossesse et le début de la grossesse ($p<0,001$) ainsi qu'entre le début de la grossesse et la grossesse avancée ($p<0,047$).

Raisons incitant à la sexualité. Les raisons incitant à la sexualité pendant la grossesse se regroupent en 5 catégories. Les facteurs en lien avec le partenaire comprennent : la pression ressentie du partenaire (19 %) ; la prévention de l'infidélité ainsi que le maintien de l'harmonie maritale et le lien entre les partenaires (11,6 % à 50 %) ; la satisfaction, le désir et le plaisir du partenaire (0,7 % à 14,7 %) ; et le devoir conjugal (4,0 % à 41 %) [31,32,34,35,39,48,51,59,61]. Les facteurs en lien avec la grossesse, le travail et l'accouchement sont la facilitation du travail et de l'accouchement (3,9 % à 39 %), l'amélioration du bien-être du fœtus (13 %), la préparation des voies d'accouchement (25,5 %) et le renforcement des muscles génitaux (12,8 %) [31,34,35,39]. Les facteurs personnels concernent les éléments suivants : la satisfaction des envies et des désirs personnels (15 % à 44 %), le plaisir personnel (7 % à 7,9 %), la gratification personnelle (62,8 % à 65 %), le soulagement des tensions (0,7 %) et l'expression de son amour (13 %) [31,34,35,39,59]. Les facteurs de couples visent la recherche de plaisir sexuel pour les 2 partenaires (24,2 %) et la satisfaction du plaisir de la femme et de son partenaire (34,4 %) [32,35]. Les autres raisons concernent l'aspect récréatif de la sexualité (1,5 %) et l'absence de besoin de contraception qui offre plus de liberté (24,5 %) [34,59].

Rêves, pensées et fantasmes. Selon l'étude de Fok et al. [52], les fantasmes des femmes ont augmenté pour 3,4 % d'entre elles et ont diminué pour 33,2 % d'entre elles. De leur côté, Bartellas et al. [51] ont chiffré à 44 % les femmes qui ont des fantasmes pendant la grossesse. L'étude de Doucet-Jeffray et al. [44] auprès de 109 pères, pour sa part, a révélé que 38 d'entre eux ont rêvé de faire l'amour avec une autre femme, 16 ont eu des rêves de masturbation et 14 des rêves de dominant/dominé ; 12 % d'entre eux ont présenté pour la première fois ces pensées pendant la grossesse.

Image corporelle et sentiment de désirabilité. Le sentiment d'être attirantes et désirables aux yeux de leur partenaire chez les femmes enceintes a augmenté dans 24 % à 47 %, a diminué dans 10 % à 41,5 % et est resté le même dans 35 % à 65 % des cas [47,48,51]. Du point de vue masculin, selon l'étude de Doucet-Jeffray et al. [44] auprès de 109 pères, la transformation corporelle de leur partenaire a entraîné une augmentation du désir sexuel pour 15 pères, une diminution pour 34, et aucun changement pour 56.

Syndrome de la couvade. En ce qui concerne le syndrome de la couvade chez l'homme, soit des modifications physiques et psychiques entraînées chez ce dernier par la grossesse, il a été étudié par Reichenbach et al. [54] : 5 % des 72 des hommes interrogés ont noté des modifications physiques qui sont apparues au cours de la grossesse, dont la prise de poids et la présence de nausées.

Variables d'ordre relationnel

Relation de couple. Selon De Judicibus et McCabe [14] et Kunaszuk [36], la satisfaction conjugale est un facteur clé en matière de satisfaction intime et sexuelle pendant la grossesse. L'étude quantitative de De Judicibus et McCabe [14] auprès de 138 femmes a noté une augmentation de la satisfaction envers la relation de couple pendant la grossesse comparativement à avant la grossesse. Pour sa part, l'étude quantitative de Reichenbach et al. [54] auprès de 72 hommes a révélé que pour 73,6 % d'entre eux, la relation de couple ne s'est pas modifiée pendant la grossesse ; 26 % considèrent même que la grossesse a renforcé leurs liens de couple. Pour Lee [62], dans son étude qualitative auprès de 12 femmes, la grossesse a aussi fortifié la relation.

Infidélité et affaires extra-conjugales. Seules deux études quantitatives ont rapporté des taux de relations extra-conjugales pendant la grossesse chez les hommes : 2,8 % selon celle de Doucet-Jeffray et al. [44] auprès de 109 hommes, et 28 % selon celle d'Onah et al. [40] auprès de 279 hommes. Pour sa part, l'étude de Whisman et al. [63] auprès de 2291 individus, dont 1041 hommes, a noté que l'infidélité est plus élevée chez les hommes qui ont une femme enceinte que chez les hommes sans partenaire enceinte, faisant du statut de grossesse de la femme un facteur qui prédit l'infidélité chez l'homme, tout comme l'insatisfaction maritale. Aucune étude n'a présenté des données sur les femmes.

Violence conjugale. En matière de violence conjugale, trois études ont révélé des données. Erenel et al. [61] ont souligné que 4,5 % des femmes disent avoir été forcées d'avoir des relations sexuelles pendant la grossesse. Saurel-Cubizolles et Lelong [64], pour leur part, ont signalé que le pourcentage de femmes ayant subi des violences familiales pendant la grossesse varie selon les 16 pays européens

étudiés, passant de 0 % en Roumanie à 8,5 % à Hongrie, avec des pourcentages significativement ($p < 0,001$) plus élevés dans les pays de l'Europe de l'Est (Hongrie, Russie et République Tchèque). Enfin, l'étude canadienne sur l'expérience de la maternité [65] a mentionné que sur 10,9 % des femmes interrogées ont subi des violences dans les deux dernières années, 30,7 % ont affirmé que l'acte de violence s'était produit pendant la grossesse ; chez 82,2 % d'entre elles, l'auteur de l'acte de violence était au courant de l'état de grossesse.

Variables d'ordre physiologique

Facteurs physiques. La fatigue est un facteur physique qui nuit à la sexualité pendant la grossesse dans 2 % à 35,5 % des cas [33,46]. Les changements physiques reliés à la grossesse sont aussi invoqués, notamment l'abdomen qui prend de l'expansion et qui devient trop lourd pour bouger (8,1 %) [46,53]. La douleur au niveau pelvien (8,1 %) et les petits saignements (*spotting*) (14 %) sont aussi des facteurs dérangeants [46,48].

Conditions particulières de grossesse. Certaines conditions particulières de grossesse demandent un arrêt ou un ralentissement des relations sexuelles ; les femmes qui sont à haut risque de fausse-couche font typiquement partie de cette catégorie. Toutefois, l'étude d'Isajeva et al. [34] a démontré qu'il n'y avait pas de différence significative dans l'incidence de fausse-couche entre les femmes pratiquant un coït fréquent et celles pratiquant un coït non fréquent pendant la grossesse.

Les données concernant les risques associés à la sexualité en fin de grossesse sur le déclenchement du travail sont restreintes et contradictoires. Selon Abasalizadeh et Abasalizadeh [42], qui ont fait une étude quantitative auprès de 74 femmes enceintes, avoir plus de deux coïts durant la dernière semaine de grossesse augmente les probabilités de développer une rupture prématurée des membranes. Toutefois, l'étude quantitative de Sayle et al. [66], qui pour sa part a comparé 187 femmes ayant vécu un accouchement prématuré à un groupe témoin de 409 femmes n'ayant pas accouché prématurément, a noté que les activités sexuelles en fin de grossesse (29^e–36^e semaine) n'augmentaient pas les risques d'accouchement prématuré ; les orgasmes dans cette période étaient même associés à un risque réduit d'accouchement prématuré.

Variables associés à la réponse sexuelle

Initiation. Pendant la grossesse, c'est davantage et majoritairement l'homme qui initie et qui demande les activités sexuelles [31–33,35,39,48,51,54,67]. Selon Bello et al. [31], les femmes acceptent de moins en moins l'initiation sexuelle de la part du partenaire au fil de la grossesse, fait confirmé par Gokyildiz et Beji [33].

Désir sexuel. Les différents chercheurs utilisent d'une façon interchangeable les termes « désir sexuel », « intérêt sexuel » et « libido ». Pour être cohérent, seul le terme désir sexuel sera utilisé ici. Entre 2,7 % et 37,4 % des femmes vivent une augmentation de leur désir sexuel pendant la grossesse [35,41,45,47,48,51–53,59]. Parallèlement, les femmes qui vivent un désir sexuel stable comptent pour 15 % à 60 % [38,41,42,47,51,59,68,69]. Pour ce qui est de la diminution du désir sexuel, c'est entre 28 % et 83,0 % des femmes qui en sont concernées

[14,33,35,38,41,45,47–49,51,52,59]. Le manque de désir des femmes tend à augmenter en fonction des trimestres [11,38,42,49,69]. En contrepartie, le désir sexuel masculin augmente pour 5,5 % à 26 % des hommes, diminue pour 20 % à 41,9 % et reste stable pour 39,8 % à 68,0 % d'entre eux [40,44,51,54]. Selon Kunaszuk [36], les hommes rapportent des niveaux de désir sexuel plus élevés que les femmes. Pour leur part, Reichenbach et al. [54] ont démontré que le désir sexuel était très présent chez les hommes, même s'il y a une diminution progressive notée, diminution toutefois plus lente que chez les femmes.

Excitation sexuelle. L'étude quantitative auprès de 134 femmes enceintes d'Adeyemi et al. [43] a noté une diminution de l'excitation chez 54,5 % d'entre elles tandis qu'Uwapusitanon et Choobun [49], dans leur étude quantitative avec 149 femmes, ont révélé une diminution générale de l'excitation au fil de la grossesse.

Fréquence du coït. La fréquence du coït varie grandement pendant la grossesse et selon les trimestres, mais la tendance dénote un déclin progressif avec l'avancée des trimestres, avec une diminution marquée au 3^e trimestre.

En général, entre 61,4 % et 100 % des couples continuent la pratique d'activités sexuelles pendant la grossesse [31,32,34,35,37,41,45,47,52,59]. Il a été rapporté qu'entre 5,1 % et 46,1 % des couples vivent une fréquence stable du coït sans changement [35,40,41,43,47,50–52,70] et entre 1 % et 16 % vivent une augmentation [35,40,41,43,51,52], particulièrement au 2^e trimestre [47,55]. Toutefois, une diminution générale de la fréquence du coït au fil de la grossesse est présente dans 37,4 % à 99,3 % des cas [14,32,35,39–41,43,49–52,54,55,61,66,71–73]. Un déclin progressif du coït est remarqué avec les trimestres [34,38,43,44,46,47,51,61,71,72,74–76], avec une diminution marquée au 3^e trimestre [49,52,55,61,77] et particulièrement dans les dernières semaines de grossesse [42,43,47,77]. Plus spécifiquement, au 1^{er} trimestre, entre 44,7 % et 96 % des couples pratiquent le coït [33,47,51] et entre 28,7 % et 37,1 % vivent une réduction [46,47] ; au 2^e trimestre, entre 35,6 % et 89 % pratiquent le coït [33,47,51,52] et entre 21,3 % et 75 % vivent une réduction [46,47,51] ; et au 3^e trimestre, entre 10,1 % et 67 % pratiquent le coït [33,47,51,52,77] et entre 22,58 % et 76 % vivent une réduction [44,46,47,51]. Des données plus précises en lien avec le 3^e trimestre ont aussi été dévoilées : entre 20 % et 65 % ont arrêté les activités sexuelles [39,46,47]. Selon plusieurs études avec différentes méthodes de comptabilisation du coït, le nombre moyen de coït par mois et par semaine tend à diminuer au fil des trimestres [37–40,46,48,54], la moyenne par semaine se situant entre un et deux coïts [32,38,47,48]. En matière de durée du coït, Gokyildiz et Beji [33] ont trouvé dans leur échantillon de 150 femmes qu'il y a un déclin en fonction des trimestres, basé sur un coït de deux minutes et moins : 23,3 % au 1^{er} trimestre, 30,7 % au 2^e trimestre et 46 % au 3^e trimestre.

Positions sexuelles. Bien que Lee et al. [76] aient affirmé qu'il n'y avait pas de changement significatif ($p > 0,05$) dans les positions sexuelles en fonction des trimestres, d'autres études les ayant analysées suggèrent des changements pendant la grossesse [44,48,49,51,54]. Dans deux études, une certaine variété des positions sexuelles utilisées par les couples a été relevée [33,59].

Dans leur étude détaillée des positions sexuelles pendant la grossesse, Sacomori et Cardoso [67] ont démontré que la plupart des neuf positions sexuelles répertoriées tendent vers un déclin progressif pendant la grossesse, sauf les positions de type côte à côte. Uwapusitanon et Choobun [49], pour leur part, ont noté une augmentation marquée des positions sexuelles non porteuses de poids (*non-weight bearing*), soit les positions côte à côte et par derrière.

En détail, les positions sexuelles suivantes ont été utilisées pendant la grossesse : 24,1 % à 67,6 % pour la position du missionnaire (homme sur le dessus) [32,35,37,38,48,59,76] ; 5 % à 36 % pour la position dite « paresseuse » où l'homme et la femme sont face à face, couchés sur le côté [35,59,76] ; 2 % à 26,1 % pour la position d'Andromaque ou femme sur l'homme [35,37,48,59,76] ; 15 % à 45 % pour la position par derrière [37,38,48,76] ; 2 % à 8,2 % pour la position assise [48,76] ; 1,8 % pour la position debout [76] ; et 6 % à 35,2 % pour la position en cuillère, où l'homme et la femme sont couchés sur le côté, mais ventre à dos [37,59]. Plusieurs études ont affirmé que la position du missionnaire vivait un déclin pendant la grossesse [31,33,49] tandis que d'autres ont démontré que cette même position était la position préférée des couples [38,67], du moins jusqu'au 2^e trimestre [67]. La position Andromaque et la position par derrière ont parallèlement augmenté pendant la grossesse [38,49].

Autres comportements et activités d'ordre sexuel. Tout comme dans le cas du coït, un déclin des autres comportements et activités sexuelles est notable pendant la grossesse [58,73], bien que certaines activités fassent l'exception. S'embrasser reste l'une des activités les plus populaires (97 % à 100 %) [11,48,51,73], tout comme l'échange de câlins (94,5 % à 100 %) [11,44,73]. La pratique de préliminaires (*foreplay*) a été chiffrée à 79 % par une seule étude [51], mais Fok et al. [52] ont affirmé qu'il y avait diminution dans 59,8 % et augmentation dans 3,0 % des cas. Gokyildiz et Beji [33] ont même précisé qu'il y avait un déclin de la durée des préliminaires au fil des trimestres, passant de 75,3 % à 72,7 % puis à 64 %. En ce qui concerne la stimulation des seins (*breastfondling*), la pratique reste courante avec des taux de 87 % à 88 % [48,51], même si Fok et al. [52] ainsi que Von Sydow et al. [73] ont noté un certain déclin. Plus particulièrement, Bartellas et al. [51] ont allégué que 40 % des femmes ont un inconfort avec cette pratique et qu'elle entraîne des effets secondaires indésirables (9 % éjection de lait et 5 % contractions utérines inconfortables). Bien que la masturbation masculine soit constante [73], la masturbation féminine est considérée comme le comportement non coïtal le moins pratiqué par Sossah [11] et tend à décliner [52] ; c'est entre 6 % et 55,1 % des femmes qui le pratiquent pendant la grossesse [11,44,47,48,51]. Toutefois, selon Von Sydow et al. [73], cette pratique est constante pendant la grossesse et présente même une augmentation au 2^e trimestre. La stimulation manuelle, quant à elle, est pratiquée par 30,6 % des couples selon Reichenbach et al. [54] et un déclin général a encore une fois été soulevé [73]. Entre 38,1 % et 55 % des couples pratiquent le sexe oral [47,51], sans distinction précisée. Encore une fois, un déclin de cette pratique a été soulevé [37,52,58,73]. Spécifiquement, le cunnilingus est pratiqué par 12,5 % à 44 % et la fellation par 18,1 % à 41,3 % [44,54]. Enfin, le coït anal reste une activité peu pratiquée

en général (3,2 % à 8,3 %) [44,46–48,51]. Trois études ont confirmé une diminution de cette pratique [37,52,73].

Orgasme. La fréquence de l'orgasme chez les femmes enceintes est variable. Entre le tiers et la moitié des femmes rapportent une diminution au fil de la grossesse de la fréquence ou de l'intensité de l'orgasme [38,43,45,49,51,61,78], mais une absence de changement est noté chez les autres [43,51]. Selon Gungor et al. [79], 11,1 % des femmes sont insatisfaites de leur orgasme. Pour ce qui est des orgasmes masculins, l'étude d'Onah et al. [40] a révélé une diminution de la fréquence chez 32,3 % des hommes, une augmentation pour 11,8 % et aucun changement pour 55,9 % d'entre eux, tandis que Reichenbach et al. [54] ont montré que les orgasmes étaient qualifiés de très présents dans 43 % des cas pendant la grossesse comparé à 60 % avant la grossesse.

Plaisir sexuel. Le plaisir sexuel féminin est diminué chez 43,7 % à 66,8 % des femmes, est augmenté chez 2,3 % à 14 % et n'a subi aucun changement chez 42 % d'entre elles [43,51,52] ; l'absence de plaisir sexuel pendant la grossesse a été chiffré entre 13,4 % et 90,5 % [37,43,61]. La seule étude s'étant penchée sur le plaisir sexuel masculin est celle de Reichenbach et al. [54] et les résultats sont : 6 % de diminution et 68 % pas de changement au 1^{er} trimestre ; 11 % de diminution et 68 % pas de changement au 2^e trimestre ; et 28 % de diminution et 58 % pas de changement au 3^e trimestre. Dans tous les cas, le plaisir sexuel des hommes reste supérieur à celui des femmes, même s'il a tend à baisser au 3^e trimestre, soit plus tard que la diminution typique des femmes [54].

Satisfaction sexuelle. Chez la femme, entre 27,7 % et 68 % expérimentent une diminution de la satisfaction sexuelle [14,32,35,43,47,72,76,80]. Cette diminution est marquée dans la semaine précédant l'accouchement [42] et un déclin progressif est constaté avec l'avancée des trimestres [31,33,49,53,72]. Entre 9 % et 14,9 % [81,82] des femmes vivent une augmentation de la satisfaction sexuelle et entre 36,3 % et 48,4 % vivent une stabilité de la libido pendant la grossesse [35,42,47]. L'insatisfaction sexuelle varie entre 11,1 % et 56 % [45,79,83]. D'un autre côté, les données sur la satisfaction sexuelle des hommes sont plus rares. L'insatisfaction varie entre 15,6 % et 38 % [44,80]. Alors que Condon et al. [70] ont noté une augmentation de 10 % du nombre des hommes rapportant un bas niveau de satisfaction sexuelle pendant la grossesse, Reichenbach et al. [54], pour leur part, ont démontré que le nombre d'hommes considérant leur sexualité comme assez satisfaisante à non satisfaisante est passé de 18 % avant la grossesse à 32 % pendant la grossesse.

Deux études se sont penchées sur la perception des femmes par rapport à la satisfaction sexuelle de leur partenaire. Gokyildiz et Beji [33] ont souligné que les femmes perçoivent un déclin de la satisfaction sexuelle du partenaire : 18,7 % au 1^{er} trimestre pensent que leur partenaire est insatisfait, 16 % au 2^e trimestre et 33,7 % au 3^e trimestre. Dans l'étude de Kouakou et al. [35], 26,4 % des femmes pensent que la satisfaction de leur partenaire a diminué, 5,6 % qu'elle a augmenté et 52,8 % qu'elle est restée inchangée. Enfin, la satisfaction des partenaires est plus grande quand les deux ont une libido en phase [44] et le niveau de plaisir dans la relation prédit l'insatisfaction sexuelle générale [79].

Fonction sexuelle. La fonction sexuelle féminine a largement été explorée en utilisant le Female Sexual Function Index (FSFI) – Index de fonction sexuelle féminine – et les résultats suivants ont été remarqués : il y a diminution progressive (entre les trimestres) du score total sur l'échelle de fonction sexuelle [7,12,58,71,84] ; il y a diminution progressive (entre les trimestres) de chacun des domaines du FSFI [7,12,71,74] ; et il y a une diminution marquée au 3^e trimestre [12,57,71,82,85]. Ahmed et al. [71] ont toutefois précisé que le score total sur l'échelle et les scores de chaque domaine de l'échelle augmentaient significativement ($p=0,001$) lors du 2^e trimestre. Pour sa part, Yildiz [12] a démontré une corrélation linéaire ($p<0,001$) entre la fonction sexuelle de la femme pendant la grossesse et sa situation avant la grossesse, fait qu'on aussi corroboré Ahmed et al. [71] ($p=0,001$) ; plus la fonction sexuelle est positive avant la grossesse, plus la fonction sexuelle est positive pendant la grossesse. L'étude d'Erol et al. [57] a plutôt décidé d'utiliser l'Index of Female Sexual Function (IFSFI) pour évaluer la fonction sexuelle féminine, mais elle en est venue aux mêmes conclusions : les femmes ont des bas scores sur quatre des six domaines de l'échelle IFSFI (inconfort vaginal, sécheresse vaginale, insatisfaction envers la vie sexuelle, dysfonction orgasmique). Enfin, seule l'étude Condon et al. [70] s'est attardée à la fonction sexuelle des hommes et a révélé un déclin de cette dernière plus la grossesse avance.

Problèmes et dysfonctions d'ordre sexuel. Entre 12 % et 73,8 % des femmes vivent une dysfonction sexuelle pendant la grossesse [7,52,61,71], avec une augmentation progressive entre les trimestres [12,31,33,71,82] et un fort pourcentage au 3^e trimestre [58], situé entre 63,4 % et 94,9 % [12,71,82]. Entre 10,6 % et 37 % des femmes vivent des saignements [51,52,59] et entre 4,4 % et 37 % vivent un manque de lubrification [47,51]. L'inconfort et/ou la douleur (dyspareunie) a été remarquée chez 6,5 % à 68,8 % des femmes [46–48,51,52,57,59,61]. L'anorgasmie féminine a été chiffrée entre 2,8 % et 52,7 % [33,47,72]. Erol et al. [57] ont précisé que 81 % des femmes vivaient un quelconque désordre orgasmique pendant la grossesse. Deux autres dysfonctions sexuelles féminines ont aussi été cernées par les études : 94,2 % des femmes ont une sensation du clitoris diminuée [57] et entre 8,4 % et 29 % des femmes ont des contractions utérines inconfortables après les activités sexuelles [46,51,52,59].

Chez les hommes, Onah et al. [40] ont trouvé que 65,4 % d'entre eux ont vécu une forme de dysfonction sexuelle au 3^e trimestre de grossesse. Les problèmes d'éjaculation précoce ont été recensés chez 7,3 % à 12 % des hommes [44,61] tandis que la capacité à éjaculer tend à baisser plus la grossesse avance [54]. Les problèmes d'érection sont présents chez 7,3 % à 36,6 % des hommes [40,44] et des problèmes d'orgasme ont été identifiés chez 9,2 % [44].

Discussion

Retour sur les résultats

Les données rassemblées esquissent un portrait sexopérinatal international diversifié. Les expériences de la sexualité sont très variables entre les couples et il est difficile de cerner un consensus pour chaque variable étudiée, l'étendue

des pourcentages pour une seule donnée étant parfois très grande et les résultats étant même parfois contradictoires. Pourtant, cette diversité typique des expériences constitue le reflet même de la réalité unique à chaque couple lors de la transition à la parentalité, réalité sexuelle qui est clairement influencée simultanément par une multitude de facteurs à la fois biologiques, psychologiques et socioculturels. Tous ces facteurs sont interprétés et vécus différemment en fonction des individus et en fonction des couples, ce qui crée une diversification des expériences intimes et sexuelles chez les futurs couples parentaux.

Malgré tout, il est possible de dégager une certaine tendance à la baisse graduelle et progressive de la plupart des comportements sexuels et de l'expression sexuelle générale pendant la grossesse, avec une diminution marquée au début de la grossesse et au 3^e trimestre, que ce soit en matière de fréquence du coït, d'importance de la sexualité, d'excitation sexuelle, de satisfaction sexuelle, d'orgasme, de plaisir sexuel ou de fonction sexuelle. Évidemment, il existe des exceptions, plusieurs individus vivant une augmentation de certains comportements sexuels pendant la grossesse, surtout au 2^e trimestre qui est des plus variables, mais le ralentissement des activités sexuelles reste une tendance typiquement observée. Les femmes semblent particulièrement affectées par un plus grand nombre de changements sexuels. Entre autres, leur désir sexuel est particulièrement affecté pendant la grossesse et les dysfonctions sexuelles sont davantage présentes parmi elles. Les hommes, pour leur part, n'échappent pas à la tendance à la baisse de l'expression sexuelle générale et des activités sexuelles ; ils vivent également des changements sur le plan de leur sexualité, mais semblent généralement être moins affectés que les femmes. Face à cette dichotomie, les problèmes de discordance sexuelle chez les couples pourraient être plus courants et deviendraient alors un enjeu crucial dans l'harmonie du couple et dans la satisfaction conjugale et sexuelle de chacun des partenaires. Toutefois, il faut tenir compte que les hommes sont largement sous-représentés dans les études sur la sexopérinatalité en général et il est donc difficile de bien saisir leur réalité sexuelle unique, afin de la comparer à celle des femmes.

La sexualité périnatale est largement tributaire des facteurs physiologiques et psychologiques vécus par les couples parentaux, surtout lorsque ceux-ci sont plus présents, soit au début et à la fin de la grossesse. Que ce soit la fatigue, les maux typiques de début ou de fin de grossesse, les peurs, les anxiétés ou les attitudes envers la sexualité, tous ces facteurs affectent inévitablement et négativement la sexualité périnatale, surtout celle des femmes, devenant parfois d'importants obstacles à l'épanouissement et à l'expression intime et sexuelle des deux partenaires. Plus particulièrement, les peurs irrationnelles des partenaires en matière de sexualité ralentissent significativement les comportements sexuels, même si leurs bases scientifiques laissent à désirer. De plus, un autre facteur psychologique, le sentiment de désirabilité qui est lié à l'image corporelle, est un obstacle possible à la sexualité pour les femmes pendant la grossesse. Ces dernières doivent composer avec un nouveau corps en transformation qui a perdu ses points de repères usuels, ce qui peut affecter leur enclin à la sexualité. Pour les femmes, savoir que le tout n'est pas permanent et qu'elles

reprendront éventuellement le contrôle de leur corps est important.

Toutes les variables explorées dans cet article sont liées entre elles à différents degrés. En effet, certaines variables affectent directement, indirectement et même parfois réciproquement le vécu sexuel des individus et des couples. Par exemple, les peurs et anxiétés vécues par rapport à la sexualité peuvent avoir un impact direct et indirect (voir inconscient) sur le désir sexuel, ce qui peut affecter à son tour les autres composantes de la fonction sexuelle (excitation, satisfaction) et affecter en général cette dernière. L'effet peut aussi être réciproque entre deux variables : le sentiment de désirabilité diminué chez une femme peut affecter à la baisse son désir sexuel, alors que la baisse de son désir sexuel peut réciproquement affecter à la baisse son sentiment de désirabilité. Bref, l'interinfluence directe, indirecte et réciproque entre les différentes variables sexuelles est à considérer, même si les liens entre elles sont souvent peu explicités dans les articles et dans cet examen de la portée.

Lors de la transition à la parentalité, les futurs parents doivent endosser un nouveau rôle psychosocio-sexuel, celui de parent. En s'ajoutant aux deux rôles que chaque partenaire a déjà intégré à son identité, soit celui de partenaire conjugal et celui de partenaire sexuel, le rôle de parent vient clairement monopoliser l'attention et l'énergie des deux membres du couple, au détriment temporaire des deux autres rôles. Ce conflit de rôle est inévitable et nécessaire à l'adaptation des individus et des couples pour favoriser l'ajout d'un nouveau membre dans la famille, le bébé. Durant la grossesse, les futurs parents doivent commencer à intégrer graduellement leur futur rôle de parent et plusieurs ont tendance à mettre de côté, au profit de ce dernier, leurs rôles de partenaire conjugal et sexuel, même si ces deux rôles sont des piliers fondamentaux à entretenir lors de cette transition. L'équilibre entre ces trois rôles est difficile à atteindre et à maintenir durant la transition à la parentalité. Cela explique entre autres que la relation du couple parental ainsi que la sexualité du couple subissent toutes deux une période de vulnérabilité importante pendant la grossesse [6,19,21]. De plus, la relation est réciproque : la satisfaction conjugale est affectée par les changements d'ordre sexuel concomitants et la qualité de la relation conjugale affecte à son tour les comportements sexuels et l'intimité du couple.

Il est important de préciser que le constat général de ces données n'est pas et ne doit pas être alarmant : la réduction de l'expression de la sexualité est un phénomène naturel pendant cette phase de transition aux multiples changements concomitants à de multiples niveaux que les futurs et nouveaux parents vivent. La sexualité pendant la période périnatale doit être considérée comme une bulle temporelle et temporaire où la sexualité se modifie et s'ajuste en fonction des nouvelles conditions. Les changements que cette bulle apporte doivent être relativisés et perçus comme naturels, temporaires et transitoires.

Enfin, considérant que les données recueillies proviennent d'études de divers pays aux mœurs, croyances et traditions sociales, culturelles, spirituelles et religieuses différentes, il est important de noter l'influence culturelle comme un facteur important modulant la représentation

et l'expérience sexopérinatale. Bien que plus de la moitié des études rapportées ici proviennent de pays occidentaux industrialisés, la plupart des études qui ont sondé les couples parentaux sur les peurs, les anxiétés et les croyances en lien avec la sexualité proviennent de d'autres pays. Ces trois dernières variables sont largement tributaires des appartenances religieuses et spirituelles qui sont généralement différentes de celles des pays occidentaux industrialisés. Par le fait même, les données d'ordre psychologique qui sont présentées ici doivent être prises et analysées dans leur contexte socioculturel pour mieux les comprendre. Par exemple, la religion musulmane, plus répandue dans les pays africains, possède des dogmes uniques envers la sexualité en général ; les croyances envers la sexualité pendant la période périnatale n'y échappent pas et sont donc teintées d'une façon différente des pays chrétiens, qui eux ont une toute autre vision de la sexualité qui affecte à sa manière la sexualité. Bref, le contexte socioculturel doit être pris en considération dans toutes les situations.

Face aux résultats rassemblés ici, plusieurs implications au plan de la pratique, de la formation et de la recherche sont importantes à soulever. Ces implications sont détaillées dans le second article de cette série de deux, qui met l'accent sur la sexualité lors du travail et de l'accouchement, la sexualité postnatale ainsi que la sexualité et l'allaitement [86].

Forces et limites

Cet examen de la portée s'est limité à l'étude d'articles empiriques avec des données originales, même si les études de toutes les méthodes (qualitatives, quantitatives et mixtes) ont été incluses dans la recension d'origine. Les autres types d'articles, notamment les articles critiques ou théoriques sur le sujet, n'ont pas été inclus afin d'homogénéiser le plus possible les types d'études couvertes par cet examen de la portée. Toutefois, le portrait sexopérinatal en découlant est donc basé sur des données probantes récentes.

La recherche d'articles aurait pu être plus poussée en matière de littérature grise, notamment les articles non publiés ou en soumission. Les critères d'inclusion de langue (français et anglais) ainsi que les années circonscrites choisies (2000 à 2015) constituent également des limites de cette étude. Toutefois, cet examen de la portée a permis de donner suite et de développer une continuité avec la méta-analyse de Von Sydow de 1999 [18], article qui reste encore aujourd'hui la référence dans le domaine de la sexopérinatalité. Cet examen de la portée a donc permis une mise à jour des connaissances sur un sujet unique et innovateur : la sexopérinatalité. De plus, il a permis l'identification des lacunes et des variables moins documentées et/ou contradictoires dans le domaine.

Considérant le manque de consensus sur les méthodes de recherche, sur les outils et sur les mesures utilisés en matière de sexualité périnatale, il est difficile de comparer les résultats entre eux et d'en arriver à tirer des conclusions générales et des constats unanimes. De plus, considérant la diversité des échantillons (au plan des participants et des pays d'origine, notamment), il faut être prudent par rapport à la généralisation des résultats présentés ici. Toutefois, un examen de la portée sert à rassembler les données

existantes sur un sujet et de donner un portrait d'ensemble d'un sujet peu ou pas étudié, comme cela a été le cas ici.

En tant qu'examen de la portée, cette étude n'a pas analysé la qualité des études choisies, ce qui n'est pas négatif en soi, mais ce qui empêche d'analyser et de tirer des conclusions unanimes et consensuelles. Les études qualitatives et quantitatives ont été amalgamées sans donner un poids respectif aux échantillons les composant comme dans le cas de revues systématiques ou de méta-analyses. Toutefois, cet examen de la portée n'avait pas comme but d'évaluer la qualité des informations étudiées, mais bien de cerner l'ensemble des données sur la sexopérinatalité dans les dernières années.

Conclusion

Lors de la grossesse, l'intimité et la sexualité des futurs parents présentent des fluctuations à divers degrés, avec une tendance générale à la baisse des comportements sexuels et de l'expression sexuelle, surtout au début et à la fin de la grossesse. La transition à la parentalité est donc clairement une période vulnérable pour le couple et pour sa sexualité. Afin de prévenir et d'empêcher chez les futurs parents le développement de modèles négatifs qui peuvent ébranler à court, moyen et long terme la fondation même de leur couple, il est important d'identifier les couples plus à risque et d'intervenir auprès d'eux le plus rapidement possible pour faciliter une transition en douceur en matière d'intimité et de sexualité. Les changements dans ces deux dimensions peuvent affecter l'amour dans les couples, variable qui n'est pourtant que rarement étudiée. La communication, l'ouverture, la compréhension et le soutien mutuel dans le couple sont tous des facteurs importants à développer et à renforcer pour favoriser une transition à la parentalité saine et positive en matière d'intimité et de sexualité.

Par le fait même, dans une perspective de bien-être sexuel général, mais aussi dans une optique de promotion de la santé et de bien-être du couple, de l'enfant, de la famille et de la société [6,8,19,87–90], l'intervention sexopérinatale doit faire partie du suivi holistique des soins de santé afin de favoriser le maintien d'une relation positive en matière d'intimité et de sexualité chez les couples parentaux [6,10,13,18,19,90–93]. Tous les professionnels de la santé impliqués dans le suivi périnatal, que ce soit les médecins de familles, les obstétriciens–gynécologues, les infirmières, les sages-femmes et les éducateurs périnataux (doulas, accompagnantes à la naissance, consultant(e)s en cours pré- et postnataux, conseillères en allaitement, etc.), devraient contribuer à cette intervention sexopérinatale en offrant davantage d'éducation et de soutien aux futurs et nouveaux parents en matière de sexualité. Pour ce faire, ils peuvent entre autres bénéficier d'une formation accrue dans le domaine et chercher conseils et soutien auprès de sexologues formés dans le domaine [19,94].

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Bourse d'admission et d'excellence de l'université d'Ottawa ; bourse du Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario (RRASFO) ; bourses d'études supérieures de l'Ontario (BÉSO) ; bourse de l'Institut de recherche de l'hôpital Montfort (IRHM) ; bourse de Consortium national de formation en santé (CNFS).

Références

- [1] Dupras A. La professionnalisation de la sexologie au Québec. *Sexologies* 2006;15:58–64.
- [2] Giami A, Pacey S. Training health professionals in sexuality. *Sex Relation Ther* 2006;21:267–71.
- [3] Organisation mondiale de la santé (OMS). Défin Sex Health; 2006 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual-health/defining_sexual_health.pdf.
- [4] Dupras A. L'avenir de la sexologie. *Sexologies* 2010;19:99–103.
- [5] Organisation mondiale de la santé (OMS). Santé sexuelle et reproductive ; compétences de base en soins primaires; 2012 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf.
- [6] Polomeno V. The Polomeno Family Intervention Framework for perinatal education: preparing couples for the transition to parenthood. *J Perinat Educ* 2000;9:31–48.
- [7] Alsibiani SA. Effects of pregnancy on sexual function. *Saudi Med J* 2014;35:482–7.
- [8] Cappell JP. A biopsychosocial approach to persistent postpartum pain and postpartum sexual function. Kingston, Canada: Queen University; 2014 [Thèse].
- [9] de Montigny F, de Montigny Gauthier P, Dennie-Fillion E. La sexualité après la naissance et en contexte d'allaitement maternel : l'expérience des mères et des pères. In: Bayard C, Chouinard C, editors. *La promotion de l'allaitement au Québec – regards critiques*. Montréal, Québec, Canada: Remue-Ménage; 2014. p. 137–58.
- [10] Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med* 2010;7:2782–90.
- [11] Sossah L. Sexual behavior during pregnancy: a descriptive correlational study among pregnant women. *Eur J Res Med Sci* 2014;2:16–27.
- [12] Yildiz H. The relation between pre-pregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J Sex Marital Ther* 2015;41:49–59.
- [13] Bitzer J, Alder J. Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *J Sex Educ Ther* 2000;25:49–58.
- [14] De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002;39:94–103.
- [15] Hansson M, Ahlberg T. Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents – a longitudinal study. *Sex Reprod Healthc* 2012;3:21–9.
- [16] Polomeno V. Sex and pregnancy: a perinatal educators' guide. *J Perinat Educ* 2000;9:15–27.
- [17] Polomeno V. Marriage in the transition to parenthood: how can perinatal education help? Or can it? *Int J Childbirth Educ* 2007;22:21–9.
- [18] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999;47:27–49.
- [19] de Pierrepont C, Polomeno V. Rôle du périnatalo-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. *Gynecol Obstet Fert* 2014;42:507–14.
- [20] Polomeno V. Family health promotion from the couple's perspective, part 1: documenting the need. *Int J Childbirth Educ* 1999;14:8–12.
- [21] Polomeno V. A couples approach to the teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood. *Int J Childbirth Educ* 2014;29:78–85.
- [22] Van der Shueren B. La maternité est-elle sexuée ? Genève, Suisse: Université de Genève; 2003 [Mémoire].
- [23] Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J* 2009;26:91–108.
- [24] Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. Cochrane update—scoping the scope of a cochrane review. *J Public Health* 2011;33:147–50.
- [25] Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol* 2014;67:1291–4.
- [26] Daudt HML, van Mossel C, Scott SJ. Enhancing the scoping study methodology: a large, interprofessional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Med Res Methodol* 2013;13:1–9.
- [27] Davis K, Drey N, Gould D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int J Nurs Stud* 2009;46:1386–400.
- [28] Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 2010;5:1–9.
- [29] Pham MT, Rajic A, Greig JD, Sargeant JM, Papadopoulos A, McEwen SA. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods* 2014;5:371–85.
- [30] Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Met* 2005;8:19–32.
- [31] Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol* 2011;2011:1–6.
- [32] Dao B, Some DA, Ouattara S, Sioho N, Bambara M. Sexualité au cours de la grossesse : une enquête auprès de femmes enceintes en milieu urbain africain. *Sexologies* 2007;16:138–43.
- [33] Gokyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther* 2005;31:201–15.
- [34] Isajeva J, Siklunas M, Drasutiene GS, Bartkeviciene D. Features of the sexual life during pregnancy. *Acta Med Lituanica* 2012;19:67–74.
- [35] Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité – résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011;40:36–41.
- [36] Kunaszuk RME. Intimacy, libido, depressive symptoms and marital satisfaction in postpartum couples. Philadelphie, États-Unis: Drexel University; 2009 [Thèse].
- [37] Olusegun FA, Ireti AO. Sexuality and sexual experience among women with uncomplicated pregnancies in Ikeja, Lagos. *J Med Sci* 2011;2:894–9.
- [38] Senkumwong N, Chaovitsaree S, Rugpao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2006;89:S124–9.
- [39] Naim M, Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *J Pak Med Assoc* 2000;50:38–44.
- [40] Onah HE, Iloabachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2002;76:219–23.
- [41] Orji EO, Ogunlola O, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2002;22:166–8.
- [42] Abasalizadeh F, Abasalizadeh S. Behavioral dichotomy in sexuality during pregnancy and effect of birth-week intercourse on

- pregnancy outcomes in a Iranian population. *Internet J Gynecol Obstet* 2009;14:2.
- [43] Adeyemi AB, Fatusi AO, Makinde ON, Omojuwa I, Asa S, Onwudiegwu U. Changes in sexual practices and responses among ante-natal clinic attendees in a Nigerian teaching hospital. *J Obstet Gynecol* 2005;25:796–802.
 - [44] Doucet-Jeffray N, Miton-Conrath S, Le Mauff P, Senand R. Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse ? *Rev Exerc* 2004;71:111–9.
 - [45] Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. Influence of gestational period on sexual behavior. *J Egypt Public Health Assoc* 2007;82:65–90.
 - [46] Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: a qualitative study. *Sex Med* 2013;1:54–61.
 - [47] Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010;7:136–42.
 - [48] Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279:353–6.
 - [49] Uwaputitanon W, Chooibun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2004;87:S45–9.
 - [50] Wannakosit S, Phupong V. Sexual behaviour in pregnancy: comparing between sexual education group and non-sexual education group. *J Sex Med* 2010;7:3434–8.
 - [51] Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107:964–8.
 - [52] Fok WY, Chan LYS, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gyn Scand* 2005;84: 934–8.
 - [53] Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust Nz J Obstet Gyn* 2006;46:282–7.
 - [54] Reichenbach S, Alla F, Lorson J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse : une étude pilote portant sur 72 hommes. *Sexologies* 2001;11:1–6.
 - [55] Yangin HB, Eroglu K. Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in southwestern Turkey: a qualitative study. *J Sex Marital Ther* 2011;37:190–205.
 - [56] Ali MM, Cleland JG. The link between postnatal abstinence and extramarital sex in Côte d'Ivoire. *Stud Fam Plann* 2001;32:214–9.
 - [57] Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med* 2007;4:1381–7.
 - [58] Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med* 2008;5:1915–22.
 - [59] Moodley J, Khedun SM. Sexual activity during pregnancy: a questionnaire-based study. *South Afr J Epidemiol Infect* 2011;26:33–5.
 - [60] Boyce P, Condon J, Barton J, Corkindale C. First-time fathers' study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Aust Nz J Psychiat* 2007;41:718–25.
 - [61] Erenel AS, Eroglu K, Vural G, Dilbaz B. A pilot study: in what ways do women in Turkey experience a change in their sexuality during pregnancy? *Sex Disabil* 2011;29:207–16.
 - [62] Lee JT. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. *J Midwifery Womens Health* 2002;47:278–86.
 - [63] Whisman MA, Gordon KC, Chatav Y. Predicting sexual infidelity in a population-based sample of married individuals. *J Fam Psychol* 2007;21:320–4.
 - [64] Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N. Violences familiales pendant la grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005;34 [2S47–2S53].
 - [65] Agence de santé publique du Canada (ASPC). Ce que disent les mères : l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité; 2009 <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php>.
 - [66] Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2001;97:283–9.
 - [67] Sacomori C, Cardoso FL. Sexual initiative and intercourse behaviour during pregnancy among Brazilian women: a retrospective study. *J Sex Marital Ther* 2010;36:124–36.
 - [68] Ahlborg T, Dahlof LG, Hallberg LRM. Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *J Sex Res* 2005;42:167–74.
 - [69] Bermudez MP, Sanchez AI, Buela-Casal G. Influence of the gestation period on sexual desire. *Psychol Spain* 2001;5:14–6.
 - [70] Condon JT, Boyce P, Corkindale J. The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Aust Nz J Psychiat* 2004;38:56–64.
 - [71] Ahmed MR, Madny EH, Ahmed WAS. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res* 2014;40:1023–9.
 - [72] Escudero-Rivas R, Carretero P, Cano A, Cruz M, Florido J. Modifications of sexual activity during uncomplicated pregnancy: a prospective investigation of Spanish women. *Health* 2013;5:1289–94.
 - [73] Von Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the Sexual Preferences Questionnaire. *J Psychosom Obst Gyn* 2001;22: 29–40.
 - [74] Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res* 2005;17:154–7.
 - [75] Lawoyin TO, Larsen U. Male sexual behaviour during wife's pregnancy and postpartum abstinence period in Oyo State, Nigeria. *J Biosoc Sci* 2002;34:51–63.
 - [76] Lee JT, Lin CL, Wan GH, Liang CC. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *J Sex Marital Ther* 2010;36:408–20.
 - [77] Fox NS, Gelber SE, Chasen ST. Physical and sexual activity during pregnancy and near delivery. *J Womens Health* 2008;17:1431–5.
 - [78] Connolly AM, Thorp J, Pahal L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J* 2005;16:263–7.
 - [79] Gungor S, Baser I, Ceyhan S, Karasahin E, Acikel CH. Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. *Int J Impot Res* 2007;19:358–65.
 - [80] Sauvestre-Foucault C. Sexualité du post-partum – évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. Paris, France: Université de Paris Descartes; 2011 [Thèse].
 - [81] Faisal-Cury A, Huang H, Chan YF, Menezes PR. The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *J Sex Med* 2013;10:1343–9.
 - [82] Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras* 2009;55:563–8.
 - [83] Nik-Azin A, Nainian MR, Zamani M, Bavojdian MR, Bavojdian MR, Motlah MJ. Evaluation of sexual function, quality of life, and mental and physical health in pregnancy women. *J Fam Reprod Health* 2013;7:171–6.
 - [84] Naldoni LM, Pazmino MAV, Pezzan PAO, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CH. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *J Sex Marital Ther* 2011;37:116–29.
 - [85] Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Strength of pelvic floor muscles and sexual function during pregnancy. *Rev Bras Fisioter* 2009;13:383–9.
 - [86] de Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la

- portée sur la sexopérinatalité – partie 2. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.11.001> [in press].
- [87] de Montigny F, Girard ME, Lacharité C, Dubeau D, Devault A. Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *J Affect Disord* 2013;150:44–9.
 - [88] de Montigny F, Lacharité C. Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *JOGNN* 2004;33:328–39.
 - [89] de Montigny F, Lacharité C, Amyot É. The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texte Contexte Enfermagem* 2006;15:601–9.
 - [90] Polomeno V, Dubeau D. La sexopérinatalité : où en sommes-nous ? *Infirm Clin* 2009;6:20–4.
 - [91] Allen L, Fountain L. Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes. *J Perinat Educ* 2007;16:32–6.
 - [92] Alteneder RR, Hartzell D. Addressing the couples' sexuality concerns during childbearing period: use of the PLISSIT model. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997;26:651–8.
 - [93] Foux R. Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. *Sex Relation Ther* 2008;23:271–7.
 - [94] de Pierrepont C, Polomeno V. La sexualité : au cœur des soins de santé primaires canadiens contemporains. In: Gosselin J, Greenman P, Joanisse M, editors. *Le développement professionnel en soins primaires au Canada : nouveaux défis*. Montréal: Presses de l'Université du Québec; 2015. p. 99–113.