

**UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES**

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**Évaluation de la sexualité féminine
après stérilisation par le système Essure®**

Tiphaine DABOUIS

Née le 16 février 1984

Directeur de mémoire : Professeur Patrice LOPES

Promotion 2002-2007

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : La contraception.....	2
1. Critères d'une contraception satisfaisante.....	2
1.1. Efficacité.....	2
1.2. Innocuité.....	3
1.3. Acceptabilité.....	3
1.4. Coût.....	3
2. L'élargissement des compétences médicales de la sage-femme en matière de contraception.....	4
3. Comment choisir une méthode de contraception ?.....	4
4. Fertilité après 35 ans.....	5
5. La stérilisation.....	6
5.1. Définition et législation.....	6
5.2. Conduite médicale devant une demande de stérilisation.....	7
5.3. Les différentes techniques.....	9
5.4. Efficacité de l'acte.....	15
5.5. Les contre-indications.....	15
5.6. Les complications.....	16
5.7. La réversibilité.....	19
5.8. La stérilisation contraceptive dans le post-partum.....	19
5.9. La stérilisation masculine ou vasectomie.....	20
DEUXIEME PARTIE : La sexualité.....	21
1. Physiologie de la réaction sexuelle.....	21
1.2. La phase d'excitation.....	22
1.3. La phase du plateau.....	23
1.4. L'orgasme.....	23
1.5. La phase de résolution.....	25
2. Contraception et sexualité.....	26
2.1. Répercussions des méthodes contraceptives sur la vie sexuelle.....	26
2.2. Les résistances psychologiques à la contraception.....	28
3. Comment évaluer scientifiquement la sexualité ?.....	32
3.1. Méthodes et instruments de recherche.....	32
3.2. Critères d'évaluation de la fonction sexuelle féminine.....	33
TROISIEME PARTIE : L'étude.....	38
1. Présentation de l'étude.....	38
1.1. Objectifs.....	38
1.2. Matériel et méthode.....	38
1.3. Population.....	38
1.4. Tests statistiques.....	39
2. Présentation des résultats.....	39
2.1. Description de la population.....	39
2.2. Comparaison : sexualité AVANT et APRES la stérilisation.....	41
2.3. Résumé des réponses.....	47
2.4. Relations entre les différents domaines de réponses.....	48
3. Discussion.....	50
3.1. Les différents biais de cette étude.....	50
3.2. Les différentes tendances émanant de notre étude et leur comparaison avec la littérature.....	51
CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	60
ANNEXE 1 : Questionnaire envoyé aux femmes.....	68
ANNEXE 2 : Courrier accompagnant le questionnaire.....	70

ANNEXE 3 : Commentaires libres des femmes	71
ANNEXE 4 : Female Sexual Function Index (FSFI) [111]	74
ANNEXE 5 : Feuille d'information et de consentement à la stérilisation	76

INTRODUCTION

Selon le rapport Nisand publié en février 1999 [1] pour 100 conceptions chez des femmes âgées entre 35 et 39 ans, 29,6 aboutiront à une IVG et pour 100 conceptions chez des femmes âgées entre 40 et 44 ans, 47,7 aboutiront à une IVG. En France, en 2004, pour 770 000 naissances, on estimait que 220 000 IVG déclarées avaient été pratiquées [2]. « Une femme connaît en moyenne une grossesse non désirée au cours de sa vie, certaines plusieurs, d'autres aucune » [3] et une fois sur deux, elle décide de l'interrompre. Selon les rapport Nisand et Cocon près de **40% du total des IVG est réalisé chez les femmes de plus de 35 ans.**

Il existe manifestement une carence d'information. Et, contrairement à ce que suggèrent certains discours réactionnaires, ces grossesses ne surviennent pas chez des femmes écervelées ou insouciantes. Mais il arrive parfois que les nombreuses méthodes de contraception échouent, ou ne suffisent pas. Pourtant la nécessité de recourir à une contraception est bien présente et passé un certain âge - qui peut varier d'une personne à l'autre - on peut se dire : je ne veux plus d'enfants. On peut alors envisager **une stérilisation.**

La stérilisation a pour but de prévenir la grossesse par interruption ou par occlusion des trompes. La coelioscopie est la voie d'abord de référence. Pourtant, elle n'est pas sans risque car elle comporte une anesthésie générale et les risques liés aux gestes techniques ne sont pas négligeables d'où l'intérêt des techniques réalisées sous anesthésie locale ou sans anesthésie [4] et sous contrôle hystéroscopique tel que le **système Essure®.**

Actuellement le DIT (dispositif intra-tubaire) Essure® est utilisé en première intention dans la stérilisation féminine lorsque l'abord coelioscopique est risqué, cependant la place d'Essure® dans la stratégie thérapeutique est susceptible d'être modifiée en fonction de la réévaluation par l'ANAES de cet acte [5].

Les modifications de la sexualité après une stérilisation tubaire par voie hystéroscopique.

Pourquoi un tel sujet ? Parce que même si la sexualité n'est pas essentielle à la vie, elle imprègne tous les aspects de notre comportement ; elle est au coeur de nos motivations profondes et souvent responsable de nombreux écueils rencontrés dans nos échanges interpersonnels. Il faut aussi en parler parce que beaucoup de difficultés et de situations vécues avec douleur et culpabilité le sont uniquement par manque d'informations. Il semble donc intéressant de voir quel impact sur la sexualité peut avoir cette technique de stérilisation.

Nous allons donc au cours de ce mémoire rappeler le rôle de la sage-femme en matière de contraception, faire le point sur la stérilisation tubaire, et parce que, **parler de contraception c'est forcément parler de sexualité** après quelques rappels nous étudierons le lien entre contraception et sexualité et enfin nous présenterons notre étude sur l'évolution de la sexualité après une stérilisation par le système Essure®, et nous discuterons ces résultats.

PREMIERE PARTIE : La contraception...

La contraception selon l'OMS c'est l'«**utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter**». La contraception est l'ensemble des méthodes destinées à la prévention de la grossesse ; en permettant au couple d'avoir une vie érotique harmonieuse et satisfaisante.

Le contrôle de la fertilité humaine peut se faire selon les méthodes suivantes [6] :

1. **Naturelle** : le retrait ou coït interrompu, l'abstinence périodique avec les méthodes du calendrier (Ogino-Knaus), de la température, de l'observation de la glaire (Billings), la méthode sympto-thermique et les « home-tests » d'ovulation.
2. **Vaginale** : les préservatifs masculins et féminins, les spermicides, les diaphragmes et capes cervicales.
3. **Mécanique** : les stérilets.
4. **Hormonale** : les pilules oestroprogestatives, microprogestatives, macroprogestatives, l'implant sous cutané, l'anneau vaginal, le dispositif transdermique, le stérilet au progestatif et les progestatifs injectables.
5. **Post-coïtale** : le stérilet et la pilule du lendemain.
6. **Stérilisation** : masculine et féminine.

1. Critères d'une contraception satisfaisante

La prescription d'une contraception est soumise à 4 critères.

1.1. Efficacité

Elle est définie par l'**indice de Pearl** qui correspond au nombre de grossesses survenues chez 100 femmes sexuellement actives, sous contraception, pendant 12 cycles ; le résultat est exprimé en pourcentage de grossesses pour 100 femmes par an :

$(\text{Nombre de grossesses accidentelles} / \text{nombre de mois}) \times 1200.$

Les chiffres du tableau n°1 sont ceux de l'OMS. Les chiffres théoriques correspondent à l'efficacité obtenue lors des essais thérapeutiques c'est à dire à une utilisation parfaite.

Quelle que soit la méthode et son efficacité théorique, l'efficacité constatée cliniquement dépend de la qualité d'utilisation. Le degré de motivation et l'expérience sont essentiels. Les méthodes « passives ou semi passives » ne posant pas de problèmes d'observance (implants, dispositifs intra-utérin, injectables) ont une efficacité clinique élevée.

En outre, l'efficacité dépend également de la fertilité intrinsèque des utilisatrices et utilisateurs, donc beaucoup de leur âge ; le taux d'échec réel varie grandement d'une étude à une autre parce que le nombre de grossesses observées peut varier pour des raisons indépendantes de la méthode étudiée [6]. Ainsi, les femmes qui ne veulent plus d'enfants ont tendance à présenter un taux d'échec réel moins élevé que les femmes qui désirent juste retarder leur prochaine grossesse. On peut donc en déduire que le degré de motivation influe sur le risque d'échec [7-8].

Tableau I : Efficacité contraceptive comparée - OMS 2005 [9]

Méthodes	% grossesse à 1 an Utilisation réelle	% grossesse à 1 an Utilisation parfaite
Aucune méthode	85	85
Pilule	8	0,3
DIU au cuivre	0,8	0,6
DIU hormonal	0,1	0,1
Préservatif masculin	15	2
Coït interrompu	27	4
Préservatif féminin	21	5
Anneau vaginal	8	0,3
Patch contraceptif	8	0,3
Diaphragme	16	6
Cape cervicale	16-32 (nullipare-multipare)	9-16 (nullipare-multipare)
Spermicides	29	18
Progestatifs injectables	3	0,3
Stérilisation masculine (vasectomie)	0,15	0,1
Stérilisation féminine (ligature des trompes)	0,5	0,5
Méthode du calendrier	-	9
Méthode de la température	-	Jusqu'à 25
Méthode sympto-thermique	-	2

1.2. Innocuité

La contraception ne doit pas comporter de risques pour la santé, ne doit pas entraîner d'effets secondaires indésirables et doit être, hormis dans le cas de la stérilisation (cf §5.7.), parfaitement réversible, sans inconvénient sur la fécondité et la descendance.

1.3. Acceptabilité

La contraception doit être simple, bien tolérée afin que l'observance soit bonne. Pour cela il faut évaluer chez la femme et le couple :

- son niveau de compréhension
- ses valeurs morales et religieuses
- son profil psychologique
- sa sexualité

1.4. Coût

Il doit être acceptable pour l'individu et la collectivité.

2. L'élargissement des compétences médicales de la sage-femme en matière de contraception

La sage-femme est une interlocutrice privilégiée pour parler de contraception avec les femmes à des moments symboliques de leur vie.

L'arrêté du 23 février 2004 a élargi les compétences de la sage-femme au droit de prescription de la contraception **post-coïtale** et de la contraception **hormonale orale en post-partum**.

La loi du 9 août 2004 du code de santé publique relative à la politique de santé publique étend cette possibilité à l'**examen post-natal** et **après une interruption volontaire de grossesse**.

Un arrêté du 12 octobre 2005 définit la liste des contraceptifs que la sage-femme peut prescrire :

- spermicides,
- contraceptifs d'urgence (lévonorgestrel seul ou associé à l'éthinyl-estradiol),
- contraceptifs hormonaux : oestroprogestatifs par voie orale, transdermique et anneau vaginal, progestatifs par voie orale, injectable ou implant.

La sage-femme est également habilitée à surveiller des dispositifs intra-utérins.

La sage-femme doit donc être capable de conseiller les couples sur les différents modes de contraception et peut prescrire une contraception hormonale post-coïtale, dans le post-partum ou le post-abortum et lors de la visite post-natale [10-11].

Outre les services de maternité habituels elle peut avoir une place active dans :

- les services d'orthogénie
- les centres de planification familiale et de protection maternelle et infantile (PMI)
- les services de gynécologie, de procréation médicalement assistée, de diagnostic anténatal

Il semble donc important que la sage-femme ait une connaissance précise de tous les types de contraceptions afin de pouvoir conseiller les femmes à chaque étape de leur vie. Cette mission de conseil n'est cependant pas toujours simple car il n'est pas si facile de parler de contraception à une femme pendant sa grossesse ou les trois jours qui suivent son accouchement. Or c'est le seul moment où la quasi-totalité des femmes viennent en consultation et où cette information peut être faite. Le rôle de la sage-femme est ici essentiel.

3. Comment choisir une méthode de contraception ?

Les trois lois de la contraception [12] :

- 1^{re} loi : il y a des méthodes plus efficaces que d'autres, mais, quand une grossesse n'est pas désirée, n'importe quelle contraception vaut mieux que pas de contraception du tout !
- 2^{ème} loi : la meilleure contraception, ce n'est pas celle que le médecin ou la sage-femme préfère, c'est celle que l'utilisatrice choisit en connaissance de cause.
- 3^{ème} loi : la sexualité, ça change avec la vie. La contraception aussi.

Le choix d'une méthode de contraception est donc d'abord celui de la femme.

La sage-femme peut intervenir dans ce choix :

- en éliminant les contre-indications éventuelles à la méthode souhaitée ;
- en informant la femme sur le mode d'action, sur les principaux risques et sur les effets bénéfiques éventuels de cette méthode ;
- en retenant parmi les différentes possibilités, le contraceptif le plus parfaitement adapté à la personnalité de la patiente, respectant au mieux sa santé, sa fécondité ultérieure et lui permettant une sexualité épanouie.

Il est nécessaire de toujours garder à l'esprit que la contraception doit être évolutive et tenir compte en permanence :

- du terrain, de la sexualité, de l'âge, de la parité, du tabagisme... éléments naturellement variables ;
- du désir parfois changeant de la femme et/ou du couple ;
- et, enfin, des progrès constants accomplis dans le domaine de la reproduction humaine et de son contrôle.

L'élargissement de la palette des contraceptions aujourd'hui disponibles fait que ce sont désormais elles qui doivent s'adapter aux femmes et à leurs souhaits et non plus le contraire ... à condition de les informer y compris dans une période où elles se croient volontiers infertiles [13].

4. Fertilité après 35 ans

Après 35 ans, la fertilité diminue progressivement avec l'âge. Si le taux d'échec des méthodes contraceptives à cet âge est moins élevé et que l'observance semble meilleure, cela ne signifie pour autant pas que le risque d'échec soit nul. Une ovulation peut ainsi se produire jusqu'à la ménopause [14].

Par ailleurs la fréquence des rapports sexuels diminue de 50 % entre 20 ans et le début de la quarantaine. Cependant plus de 30 % des premiers mariages se soldent par un divorce et, du fait des nouvelles relations qui s'établissent ensuite, il y a une augmentation de la fréquence des rapports sexuels. Le risque de grossesse augmente donc, en particulier si une méthode de contraception interférant avec l'acte sexuel est utilisée [15].

5. La stérilisation

5.1. Définition et législation

➤ Définition de la stérilisation

Il s'agit de « **la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines** » [16]. Elle peut être appliquée à la femme et à l'homme. C'est la méthode de contrôle des naissances la plus utilisée de par le monde puisqu'elle concerne 19 millions de couples. Sept cent mille stérilisations sont réalisées tous les ans aux Etats-Unis et entre 30 et 75 000 en France [17-18].

Les méthodes de stérilisation ont l'avantage de n'avoir aucune contre-indication permanente. Il est recommandé de les présenter comme généralement irréversibles [5]. La coelioscopie est la voie d'abord de référence ; la stérilisation par insertion de micro-implants Essure® sous hystéroscopie est réservée aux cas où l'abord coelioscopique est risqué.

➤ Législation française [19- 20]

La loi n'a été revue que récemment.

- 1er Juillet 1937: Condamnation pour coups et blessures par la Cour de Cassation des non médecins ayant effectué des vasectomies (code Pénal).
- En 1998 : la Cour de Cassation retenait le caractère « *délictueux* » de la stérilisation tubaire. Alors qu'en 1996 on comptait en France 30000 à 40000 stérilisations.
- Longtemps le Code civil précisait dans son article 16.3 : « *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne* ».
- Mais en Juillet 1999, cet article a été modifié, rendant admissible l'atteinte à l'intégrité du corps humain en cas de nécessité médicale (et non plus thérapeutique).
- Déjà en 1975, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe recommandait de rendre la stérilisation chirurgicale accessible en tant que service médical. La France a voté cette résolution qu'elle n'a jamais appliquée.
- La position commune de l'Académie Nationale de Médecine et du Conseil National de l'Ordre des Médecins le 18 avril 2000 marque un pas décisif dans l'histoire de la stérilisation volontaire. « *Théoriquement interdite, pratiquement jamais condamnée depuis longtemps, mais source d'hésitations de refus et de craintes bien compréhensibles chez les médecins* ». (Pr. Sureau)
- Le pas vers la législation sera franchi par les députés à l'occasion de la refonte de la loi sur l'avortement et la contraception en 2001.
- La législation française est donc depuis le 4 juillet 2001 en harmonie avec les résolutions du Conseil de l'Europe.

Chapitre 3 « stérilisation à visée contraceptive »

Article 26 : article L2123-1

- Il faut être une personne majeure - Sur volonté libre, motivée et délibérée - Délais de réflexion : 4 mois après la première consultation - Info claire et complète de la femme - Ne peut être pratiquée que dans des établissements de santé - Le médecin doit informer et remettre un dossier d'information écrit - Confirmation écrite par la femme - Médecin non tenu de pratiquer doit informer de son refus.

Article 27 : article L2123-2

- La stérilisation à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap qui a justifié son placement sous tutelle ou curatelle que s'il existe des contre-indications aux méthodes réversibles de contraception. - La décision appartient au juge de tutelle, saisi par la personne concernée ou le représentant légal. - Le consentement de la personne doit être recherché. - Il ne peut être passé outre à son refus - Avis d'un comité d'experts - Un décret du Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de cette article - Constitution du comité expert (2 spécialistes gynéco obstétrique, 1 psychiatre, 2 représentants d'associations de personnes handicapées, désignés par arrêté du préfet de région) - Audition du sujet - Information au sujet - Le comité d'expert donne son avis au juge des tutelles.

5.2. Conduite médicale devant une demande de stérilisation

➤ L'information [22-23]

Il s'agit de prendre connaissance du **dossier médical** de la femme afin de tenir compte de ses antécédents.

Si le médecin ne souhaite pas pratiquer cet acte à visée contraceptive, l'intéressée doit être informée de son **refus** dès la première consultation.

Si le médecin accepte il doit alors fournir une information orale complète sur toutes les **autres méthodes de contraception possibles** (naturelles, barrières, spermicides, pilules oestroprogestatives, pilules progestatives, DIU : Miréna®, Implanon®, patch : Evra®, anneau : Nuvaring®).

Un entretien approfondi avec la patiente (et au mieux le couple) doit avoir lieu pour discuter de l'indication, du choix de méthode, des risques encourus et des conséquences de l'intervention... balance bénéfices-risques. Il est important de préciser qu'aucune méthode n'est fiable à 100 %.

Il convient d'évoquer les techniques de **stérilisation masculine** sous anesthésie locale.

On pourra faire un **schéma** exposant les deux méthodes actuelles de stérilisation : la méthode conventionnelle avec coelioscopie sous anesthésie générale et pose de clips sur la portion isthmique des trompes et la méthode hystéroscopique sous anesthésie locale (implants Essure®).

On remet un **livret d'informations** [24] comportant un descriptif des démarches en vue d'une stérilisation, des techniques de stérilisation, des autres méthodes contraceptives et éventuellement, une attestation de consultation médicale. On doit répondre à une obligation légale d'information (cf. annexe 5).

Il faut s'assurer de la **certitude** de la patiente quant à son désir de stérilisation.

- Patientes de plus de 35 ans
- Mère de 2 ou plus de 2 enfants
- Dernier enfant plus de 2 ans
- Essais de plusieurs méthodes contraceptives
- En cas de difficultés : Le Score de Stérilisation

Quand la prise de décision est difficile, on peut s'aider d'un **score** proposé par le professeur Lopes (cf. tableau II). On peut accepter la stérilisation quand score > 6.

Il ne faut pas hésiter à s'aider **d'un entretien** avec un ou une psychologue si un doute persiste sur les conséquences psychologiques éventuelles de la stérilisation.

Tableau II : Score de Lopes et Lerat pour l'aide à la décision avant la stérilisation [25]

Coefficient	1	2	3	4
Age (en année)	35	36-38	39-40	> 40
Parité	2	3	4	≥ 5
Age du dernier enfant	5 ans			
Antécédent, pathologie mineure, hépatique, diabète gestationnel, troubles psychiques, HTA légère (Nombre d'éléments)	1	2	3	≥ 4
Contre-Indications des moyens de contraceptions modernes (OP, DIU), varices, cholestérol élevé, OP mal supporté, DIU mal supporté	1	2	3	≥ 4
Nombre d'IVG	-	1	2	≥ 3

- **Un bilan pré-opératoire** est prescrit à la patiente : sérodiagnostics (HIV1, HIV2, HbS, HCV, TPHA, VDRL, Chlamydiae) prélèvements vaginaux et d'endocol (recherche de Neisseria gonorrhoea, chlamydiae...), recherche de chlamydiae dans les urines par PCR, ainsi qu'un **test HCG** à faire une semaine avant l'intervention (en cas de doute le matin même de la stérilisation) et une ordonnance de **Biprofénid®**, qu'elle prendra 2 heures avant l'intervention, lui sera remise.
- **Le consentement** : un document écrit (cf. annexe 5) doit être signé par la femme et le médecin pour formaliser le consentement éclairé (le consentement du conjoint n'est pas obligatoire).
- **La date de la stérilisation** est fixée avec la patiente en tenant compte du délai de réflexion de 4 mois à imposé par la loi.

5.3. Les différentes techniques

Depuis la réalisation de la première occlusion tubaire lors d'une césarienne en 1880, de multiples techniques ont été décrites, et épisodiquement utilisées pour certaines. Nous allons rappeler brièvement en quoi consiste ces méthodes.

Le choix de la voie d'abord, de la technique et du type d'anesthésie est une décision multifactorielle qui dépend de l'équipement disponible, de l'expérience du chirurgien et du souhait de la patiente [26-27], tout cela après mise en balance du taux de complications, du taux d'échecs et du taux de réversibilité de chaque méthode.

Le taux de complication et d'échec d'une technique est directement lié à l'expérience de l'opérateur. Entre les mains d'opérateurs inexpérimentés, comme dans certains pays en voie de développement, ces taux sont parfois élevés. C'est dire la nécessité d'employer des techniques simples que l'on maîtrise parfaitement.

5.3.1. Les voies d'abord

La pratique de la stérilisation tubaire repose sur trois voies d'abord (abdominale, vaginale, transcervicale), plusieurs techniques d'obturation ou d'interruption tubaire (chirurgicale, électrique, mécanique, chimique), et trois types d'anesthésie (locale, locorégionale, générale).

La voie abdominale

Pour la voie abdominale, il est possible de choisir entre la laparotomie, la mini-laparotomie ou la coelioscopie.

- **La laparotomie** : De nos jours la laparotomie n'est plus recommandée. Cette voie est utilisée quand une autre raison justifie sa réalisation (césarienne, chirurgie des annexes).
- **La mini-laparotomie** : Elle consiste en une incision de 2-3 cm (moins de 5 cm), au-dessus de la symphyse pubienne (ou en sous ombilical pour la chirurgie du post-partum). Ce type d'incision permet une anesthésie locale. Dans les pays en voie de développement, où les ressources ne sont pas suffisantes pour un équipement sophistiqué de coeliochirurgie, la mini-laparotomie est l'approche la plus utilisée.
- **La coelioscopie (ou laparoscopie)** : Proposée dès 1962 par Palmer, la stérilisation tubaire par coelioscopie a beaucoup bénéficié des progrès réalisés par la coeliochirurgie. Elle est actuellement la technique de stérilisation tubaire la plus utilisée en France [28]. Les avantages de la coelioscopie sont multiples : réalisation rapide, absence de cicatrice ou presque, suites simples, hospitalisation courte, taux d'échec comparable aux autres techniques.

La voie vaginale

La voie vaginale repose sur la colpotomie et la culdoscopie.

- **La colpotomie** : Bien connue pour l'hystérectomie ou les cures de prolapsus, pose des problèmes techniques pour la stérilisation tubaire. L'accès aux trompes est réalisé à travers le vagin, par une incision au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur. La colpotomie a aussi le désavantage de favoriser les infections postopératoires.
- **La culdoscopie** : L'accès aux trompes est réalisé par ponction du cul-de-sac de Douglas. Cette voie d'abord nécessite du matériel cher à l'achat et à l'entretien.

Au total, malgré un taux de complications opératoires équivalent à la voie abdominale et l'absence de cicatrice, la voie d'abord vaginale n'est pas recommandée, car le taux de complications mineures postopératoires est plus important, notamment en ce qui concerne les infections (8,3 % contre 3,2 %) [29].

La voie transcervicale

La voie transcervicale repose sur l'hystéroscopie et les systèmes d'obturation à l'aveugle.

- **L'hystéroscopie** : Elle permet la visualisation des ostiums tubaires et la réalisation de leur obstruction ou coagulation.
- **Les systèmes d'obturation à l'aveugle** : La stérilisation est réalisée par l'introduction d'adhésifs (méthy-2-cyano-acrylate) ou d'agents sclérosants (quincacrine) dans l'utérus, par une sonde ou une canule introduite dans le col. Cette méthode de stérilisation est utilisée largement dans les pays défavorisés.

5.3.2. Les techniques

Les techniques de stérilisation disponibles sont nombreuses : chirurgicales, électriques, mécaniques, chimiques. Le choix de la méthode dépend de la voie d'abord, du matériel disponible et de la formation du chirurgien. Avant de choisir une technique, il importe de mettre en balance les avantages et les inconvénients de chacune d'entre elles.

Techniques chirurgicales

De nombreuses techniques chirurgicales ont été mises au point, allant de la ligature tubaire simple à la ligature-section tubaire et aux techniques modifiant les rapports anatomiques entre les trompes et les ovaires, le but étant de réduire le risque d'échec dû à la reperméabilisation tubaire.

La technique de **Pommeroy** (figure 1), décrite en 1929, est la technique de référence de la stérilisation tubaire par laparotomie ou minilaparotomie.

Cette technique consiste à former une petite boucle sur la trompe pour en couper ensuite la partie supérieure.

Cette salpingectomie partielle est considérée comme une méthode sûre, efficace et facile à apprendre. Elle ne nécessite aucun équipement spécial et peut être pratiquée avec de simples ciseaux et du fil de suture.

Son taux d'échec est de 0,4 %. La réversibilité dépend de la longueur de résection tubaire [30].

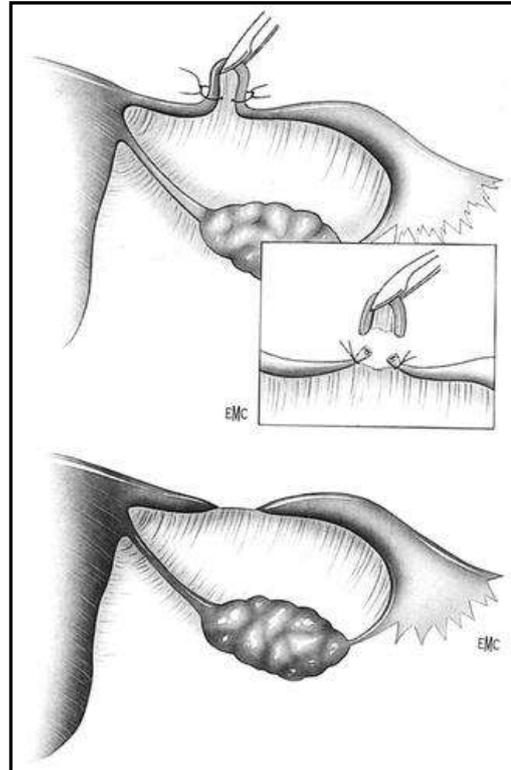


Figure 1 : La technique de Pommeroy [31]

Techniques électriques

- **L'électrocoagulation** : Elle a été développée pour sectionner la trompe par voie coelioscopique.
 - *L'électrocoagulation monopolaire* est une technique rapide, facile et efficace. Mais on observe des complications graves par brûlures des tissus et organes de voisinage.
 - *L'électrocoagulation bipolaire* réduit ces risques de nécroses digestives liés au passage incontrôlé du courant électrique. La destruction tubaire est plus limitée, donc la réversibilité est meilleure, mais l'efficacité est moins bonne.

- **La thermocoagulation** : C'est l'utilisation d'un courant de bas voltage qui chauffe les mors de la pince de l'intérieur, évitant ainsi tout contact de la chaleur avec les tissus de voisinage. L'avantage est donc la diffusion minimale de la zone pincée, ce qui diminue le risque opératoire et confère une grande réversibilité à la méthode. Le taux d'échec est très bas, mais l'expérience de la thermocoagulation reste cependant limitée.

Techniques mécaniques

Les techniques mécaniques ont été développées pour la pratique de la coelioscopie, dans le double souci de diminuer le risque de complications dû au courant électrique et de diminuer la longueur de la destruction tubaire, de manière à permettre une meilleure reperméabilisation.

- **Les clips** : Plusieurs types de clips occlusifs ont été mis au point.



La première stérilisation féminine pratiquée par application d'une *agrafe chirurgicale hémostatique* sur les trompes date de 1953. Les clips agissent en provoquant une occlusion totale d'une petite section des trompes. Les tissus cicatriciels ou fibreux empêchent ensuite la fécondation de se produire. Les deux types de clips les plus utilisés sont le *clip de Filshie* [32] (figure 2) en titanium et le *clip de Hulka* en plastique. Les clips sont faciles d'emploi, mais chaque type requiert un applicateur d'un modèle spécial.

Figure 2 : Clip de Filshie [33]

- **Les anneaux** : L'anneau en silicone de Yoon [34] possède une efficacité supérieure à celle des clips mais cette méthode a une limitation liée au calibre de la trompe qui peut dans les cas extrêmes empêcher son utilisation qui est peu courante du fait des douleurs pelviennes et du risque hémorragique plus important.

Actuellement en France la stérilisation classique de référence est la pose de clips de Filshie par voie coelioscopique sous anesthésie générale ce qui n'est pas sans risques. Il n'est donc pas étonnant que le développement de nouvelles techniques, en particulier hystéroscopiques, provoque chez les gynécologues un intérêt certain.

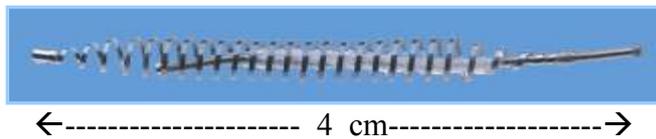
5.3.3. La stérilisation féminine sous contrôle hystéroscopique

Depuis 1975, de nombreuses techniques ont été testées utilisant l'**électrocoagulation**, l'**injection d'agents sclérosants** ou l'**obstruction tubaire par du matériel** (Ovablock® : injection intratubaire de caoutchouc siliconé, et P-Block® : implant constitué d'un hydrogel à base de polyvinyl-pyrrolidone et d'un liquide nylon) [35- 36] mais leur taux d'échecs par expulsion est inacceptable. Les nouveaux matériaux développés par la firme Conceptus [37] permettent aujourd'hui une stérilisation efficace : il s'agit de micro-implants en polyéthylène téréphtalate (PET) que l'on place sous anesthésie locale dans la portion isthmo-intersticielle des trompes et qui vont progressivement les obturer en créant une fibrose (croissance du tissu conjonctif par une réaction tissulaire bénigne) de celles-ci sur 4 cm environ (figure 3). Cette technique est considérée comme irréversible. Son efficacité, résultant de la création d'une fibrose intraluminale, n'est pas immédiate et une contraception est préconisée les 3 premiers mois après la pose [38].

Le premier placement du système Essure® pbc (permanent birth control) a eu lieu en Australie en février 1999 [4]. L'équipe Nantaise est la première équipe française qui a placé des implants, c'était en février 2002 [39].

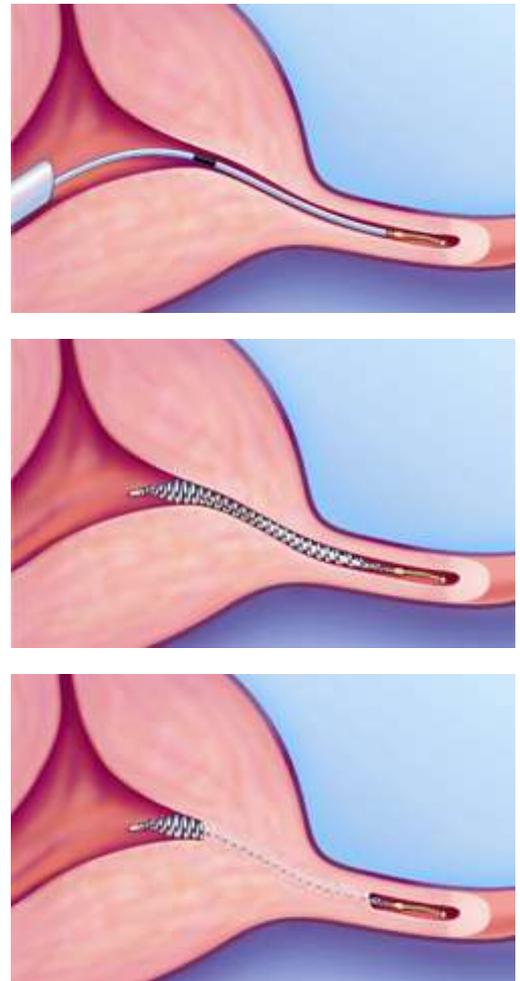
Technique du système ESSURE® :

Elle consiste à introduire une lunette munie d'une caméra dans l'utérus par voie vaginale, à travers le col. La réalisation de cet acte se fait pendant la phase folliculaire (entre J7 et J14). Cette période permettant une ouverture cervicale, un moindre risque de grossesse et un endomètre plus fin avec meilleure visualisation des ostiums [39].



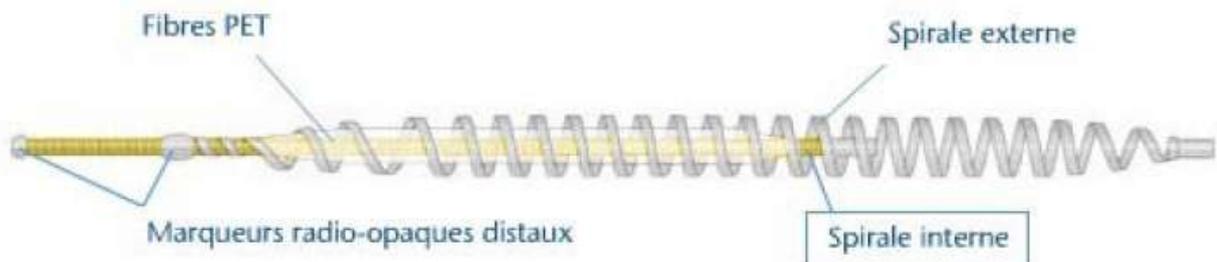
Ne contenant ni ne délivrant aucune hormone, le système Essure® est composé de matériaux utilisés depuis de nombreuses années dans d'autres dispositifs implantables, notamment en chirurgie cardiovasculaire (stents) [35].

Figure 3 et 4 : Taille et Mise en place dans la trompe du DIT Essure® [35-40]



Le système Essure® est composé de trois parties principales [37-41] :

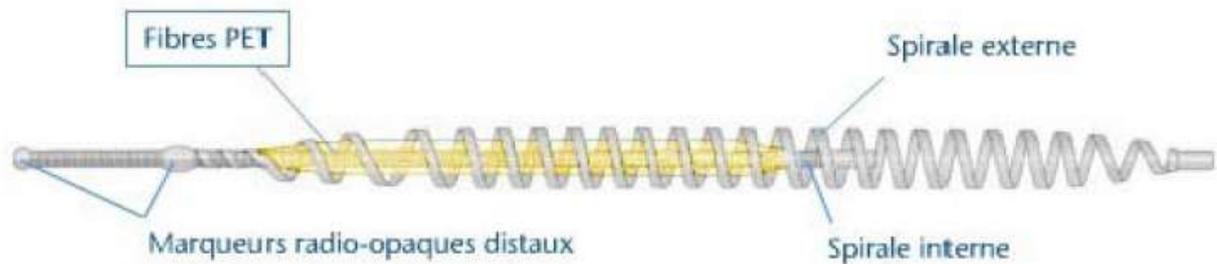
- Spires internes flexibles inertes en acier inoxydable qui permettent de cathétériser la partie la plus distale de la trompe.



- Spires externes dynamiques en alliage de nickel et de titane qui se trouvent en partie dans la trompe et en partie dans la cavité utérine. Cette partie permet de fixer l'implant dans la trompe.



- Fibres courant à l'intérieur des spires, constituées de fines couches de polyéthylène téréphtalate (PET). Ce sont ces fibres de PET qui induisent la croissance tissulaire locale et vont réaliser en moins de 3 mois la sténose tubaire.



- Marqueurs radio-opaques : les micro-implants sont permanents et visibles sur la radiographie de pelvis sans préparation et sous échographie.

Les avantages de cette technique ne font plus désormais aucun doute : absence d'anesthésie, absence d'incision et de cicatrice, intervention rapide, hospitalisation ambulatoire, retour de la patiente, en général, à une activité normale dans les deux heures qui suivent l'intervention. L'anesthésie locale si elle est nécessaire consiste à administrer un agent anesthésiant dans la région du col. L'administration simultanée d'un analgésique par voie intraveineuse aide la patiente à se détendre davantage et à prévenir les douleurs.

Dans moins de 10% des cas [37], une anesthésie locale peut s'avérer nécessaire, parce que la patiente n'est pas prête à assumer psychologiquement une intervention sans anesthésie, parce qu'elle présente une sténose du col (col fermé), suite à des césariennes par exemple, ou encore parce qu'elle souffre d'une pathologie dont les conséquences s'avèrent gênantes pour l'intervention.

La fibrose nécessite un délai minimal de trois mois pour obtenir une occlusion définitive. Le suivi post-opératoire est donc relativement simple : avant d'être parfaitement efficace, Essure® nécessite une attente de trois mois durant lesquels la patiente doit poursuivre une contraception (autre que DIU) [38]. Le contrôle à trois mois, obligatoire, consiste en une radio de l'abdomen, voire, en cas de doute sur le bon positionnement des implants, une hystérosalpingographie.

La stérilisation par voie hystéroscopique deviendra probablement dans les années à venir la technique de référence en matière de stérilisation tubaire.

5.4. Efficacité de l'acte

L'efficacité des actes de stérilisation est évaluée par le taux annuel de grossesses non désirées (y compris les grossesses extra-utérines). Une grossesse après stérilisation tubaire peut être le résultat d'une conception avant l'intervention, d'une occlusion incomplète de la trompe ou d'une fistule tubaire secondaire.

Au total, d'après le rapport d'évaluation des techniques de stérilisation tubaire publié en 2004 par l'ANAES [7], le taux d'échecs des méthodes de stérilisation est compris entre 0 et 2 % selon les études. Cependant, étant donné les limites de ces études en termes d'effectifs et de durée de suivi, aucune de ces techniques ne peut être considérée comme efficace à 100 %. Des échecs peuvent être observés des années après stérilisation (le plus long délai publié a été de 23 ans [42]). Les stérilisations post-abortum et post-partum exposent à davantage d'échecs [6]. Il faut retenir qu'à 10 ans le taux d'échec de la stérilisation tubaire est d'environ 1,8 % [17].

- **Ligature-section, électrocoagulation, pose de clips ou d'anneaux**

Le taux annuel de grossesses varie de 0 à 2 % selon les études [5]. Il n'a pas été mis en évidence de différences significatives entre les différentes techniques.

- **Insertion d'un micro-implant par hystérocopie**

Il n'y a eu aucune grossesse chez les patientes (indice de Pearl = 0) ayant une occlusion tubaire bilatérale à l'hystérosalpingographie, à 3 ou 6 mois (87 à 89 % des patientes ayant eu une tentative de pose) [35-39].

5.5. Les contre-indications

Il n'existe aucune contre-indication médicale formelle ou absolue à la stérilisation féminine. Celle-ci peut être réalisée à n'importe quel moment du cycle à condition toutefois de s'assurer de l'absence de grossesse en cours, un test de grossesse devant être effectué en préopératoire au moindre doute. L'OMS [43] précise cependant quelques situations devant conduire à différer l'intervention. Il s'agit de :

- grossesse en cours ou suspectée;
- certaines situations en post-partum : entre 6 et 7 semaines, infection puerpérale, hémorragie grave (également en ante-partum), lésion grave de l'appareil génital ;
- certaines situations du post-abortum : infection ou fièvre, lésion grave de l'appareil génital, hématométrie aiguë ;
- thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire actuelle ;
- chirurgie majeure avec immobilisation prolongée ;
- cardiopathie ischémique actuelle ;
- saignements vaginaux non expliqués ;
- maladie trophoblastique maligne ;

- cancers du col utérin, de l'endomètre ou de l'ovaire (le traitement entraîne la stérilité) ;
- infection génitale haute en cours ou datant de moins de 3 mois ;
- IST actuelle ;
- cholécystopathie actuelle ;
- hépatite virale évolutive ;
- anémie ferriprive (Hb < 7 g/dl) ;
- infection cutanée abdominale ;
- pathologie respiratoire aiguë (bronchite, pneumonie) ;
- infection généralisée ou gastro-entérite.

L'OMS rappelle par ailleurs que cette méthode n'offre aucune protection contre les IST/VIH [43].

Concernant le **dispositif Essure®** on retient généralement comme contre-indications [35] :

- l'incertitude de la patiente quant à son désir de mettre un terme à sa fertilité ;
- une grossesse en cours ou soupçonnée ;
- un accouchement ou une interruption de grossesse de second trimestre, moins de 6 semaines avant la pose des micro-implants ;
- une infection pelvienne évolutive ou récente ;
- une cervicite aiguë non traitée ;
- des saignements vaginaux inexpliqués ou abondants ;
- lésion gynécologique maligne (suspectée ou diagnostiquée) ;
- une anomalie reconnue de la cavité utérine ou des trompes de Fallope rendant difficile voire impossible la visualisation des ostiums tubaires et/ou la canulation de la trompe proximal ;
- corticothérapie en cours.

5.6. Les complications

Les complications de la stérilisation par laparoscopie, pour les 3 principales techniques (anneaux de Yoon, clips de Filshie et électrocoagulation) sont de l'ordre de 1,17 à 1,95 pour 100 procédures [14].

Mortalité : très faible, 2 à 6 /100 000 cas dans les pays développés [44-45].

Causes principales [46] : complications de l'anesthésie générale [44], infections généralisées (voie vaginale), hémorragie (voie coelioscopique).

Morbidité : faible :

- lésions vasculaires ou viscérales lors de l'introduction du trocard ou de l'aiguille en coelio.,
- brûlures intestinales

Regrets :

Assez fréquents (10 %) selon l'étude CREST (collaborative review of tubal sterilization) [5]
1 femme sur 5 stérilisée avant l'âge de 30 ans exprimera des regrets,
1 femme sur 12 stérilisée après l'âge de 30 ans exprimera des regrets.

Syndrome post-stérilisation :

La possibilité d'un « syndrome post-stérilisation tubaire » correspondant à des perturbations du cycle menstruel a été rapportée dans les années 50. Les données semblent toutefois relativement controversées et aucun lien causal n'a été démontré. Les femmes qui ont eu recours à une stérilisation tubaire ne semblent pas avoir plus de risque de présenter des anomalies menstruelles que les autres [44-47-48-49].

D'après l'étude réalisée entre février 2002 et mars 2003 au CHU de Nantes portant sur 50 patientes stérilisées par le professeur Lopes selon la méthode Essure® et dont l'intérêt était l'évaluation de la tolérance à un an : il semble que celle-ci soit très bonne, puisque aucune différence significative n'a été montrée en terme de dysménorrhée ou d'abondance et de durée des règles avant et à un an de pose [50].

Par ailleurs lorsque l'on rencontre des troubles menstruels après stérilisation, il convient de savoir quelle type de contraception était utilisée auparavant par la femme, et de se demander si elle ne présente pas des troubles correspondant à la pré-ménopause.

Enfin une étude prospective [51], réalisée entre 1993 et 1994 concernant 87 femmes chinoises suivi par téléphone un an après leur stérilisation par laparoscopie, a tenté d'expliquer les désordres menstruels présents à un an après l'intervention et montre un lien avec un haut niveau de regret post-opératoire ($r=-0,31$; $p<0,005$) et un stress psychologique pré et post-opératoire ($r=0,23$; $p<0,05$).

Risque de grossesse extra-utérine :

Une étude cas-témoins, datant de 1991, a démontré qu'en cas d'échec de contraception, les grossesses des femmes stérilisées avaient 3,7 fois plus de risque d'être extra-utérines que les grossesses des femmes sous contraception orale et 2,8 fois plus de risque que les femmes utilisant une méthode barrière [52]. Inversement, ce risque n'était pas différent de celui des utilisatrices de dispositifs intra-utérins et inférieur à celui des femmes n'ayant pas de contraception.

Une étude de cohorte prospective de l'*US Collaborative Review of Sterilisation (CREST)* estimait à 0,73 % le risque cumulé de faire une grossesse ectopique à 10 ans pour les femmes ayant eu recours à une stérilisation tubaire, toutes méthodes confondues. Une variabilité était néanmoins notée en fonction des méthodes [53].

Risque de cancer :

Concernant l'association possible avec certains cancers, les données ne laissent pas présager d'augmentation du risque de cancer du sein [54], de l'endomètre [55] ou du col [56-57]. Un lien controversé a par ailleurs été évoqué entre stérilisation tubaire et recours augmenté à une hystérectomie sans qu'il soit possible de définir s'il existait une explication.

En revanche, s'agissant des cancers ovariens, dès 1993, une méta-analyse portant sur 4 études cas-témoins réalisées en hôpital et 4 études cas-témoins en population réalisées aux États-Unis rapportait un effet protecteur de la ligature tubaire vis-à-vis de la survenue des cancers ovariens, cet effet n'étant significatif, et avec une hétérogénéité des résultats, que pour les études hospitalières [58]. Aucune des études cas-témoins qui ont suivi n'est venue infirmer ces conclusions.

Deux études de cohorte, l'une sur le risque de cancer ovarien [59], l'autre sur la mortalité par cancer ovarien [60], sont en revanche venues confirmer ces résultats. Ce dernier effet était plus important et statistiquement significatif dans les 20 premières années après l'opération, ce qui confirmait également les résultats d'une précédente étude cas-témoins [61].

Par ailleurs il a été démontré l'absence de modification hormonale ovarienne après stérilisation, mais une modification modérée de la vascularisation (flux abaissé, récessivité augmentée) [62].

Ligature-section, électrocoagulation, pose de clips ou d'anneaux :

Selon la voie d'abord : il n'a pas été mis en évidence de différence concernant les complications majeures entre la laparoscopie et la minilaparotomie. La laparoscopie était associée à significativement moins de complications mineures que la minilaparotomie. Il y avait significativement plus de complications majeures avec la culdoscopie qu'avec la minilaparotomie et significativement plus de complications mineures qu'avec la laparoscopie.

Selon la technique opératoire : les complications majeures et mineures ont été significativement plus fréquentes en cas d'utilisation de la technique de Pommeroy comparée à l'électrocoagulation. Cependant cette différence pourrait être due à la voie d'abord utilisée [5].

Insertion d'un micro-implant par hystérocopie :

Sur 734 patientes ayant eu au moins une tentative de pose, il a été noté 11 perforations du myomètre ou de la trompe dont 3 avec migration [5].

Séquelles psychologiques :

Elles sont liées principalement au contexte dans lequel a été réalisée la stérilisation et au « terrain » [6].

5.7. La réversibilité

Une étude prospective multicentrique menée sur 14 ans a estimé le **risque de regret** chez des femmes ayant eu recours à une stérilisation tubaire [63]. Ce risque était de 3,9 % après 3 ans, 7,5 % après 7 ans et 12,7 % après 14 ans. Ces regrets étaient plus fréquents chez les femmes de moins de 30 ans (20,3 %) que chez celles de plus de 30 ans (5,9 %). Les motifs étaient le plus souvent le désir d'un nouvel enfant, les problèmes gynécologiques qui avaient suivi l'intervention et un divorce ou un nouveau mariage.

Une étude cas-témoins datant de 2002 et qui s'intéressait au risque de requête d'une fécondation *in vitro* suite à une ligature tubaire confirmait que ce risque était d'autant plus élevé que la femme était jeune ($p < 0,0001$) et qu'elle avait moins d'enfants ($p < 0,0001$) au moment de la stérilisation [64].

En France, 5 % des femmes stérilisées demandent une reperméabilisation tubaire [65]. Deux possibilités peuvent être proposées en vue d'une grossesse : **la procréation médicalement assistée** et l'appel à une technique réparatrice chirurgicale, celle-ci exposant néanmoins à un risque de grossesse extra-utérine (3 à 17 % en fonction des techniques sur des études non comparatives) [45].

Il n'existe pas de grande série comparative publiée concernant la **réversibilité chirurgicale** de chacune des techniques de stérilisation. De plus, les critères de choix de chacune des techniques et d'inclusion des femmes ne sont pas forcément comparables d'une technique à l'autre et il existe des différences majeures dans la durée du suivi et la définition du succès (grossesse ou naissance). La réversibilité des techniques semble liée à la quantité tubaire non endommagée et disponible pour l'anastomose [45-6].

5.8. La stérilisation contraceptive dans le post-partum

La tentation peut être grande de réaliser ce type de stérilisation dans le post-partum car elle est la méthode la moins coûteuse et qu'utiliser le temps de séjour à la maternité pour « régler » le problème du contrôle de naissance peut s'avérer séduisant. La décision doit être rigoureuse, après analyse des raisons médicales ou des motivations de la demandeuse [66].

Notons qu'il existe un conflit d'intérêt, entre la réalité du « moment jugé le plus utile » chez les femmes dont on ne peut être sûr qu'ultérieurement elles auront accès à d'autres modes de contraception ou qu'elles n'auront pas la possibilité de réaliser cette stérilisation volontaire « à froid » avant une autre grossesse non désirée. En fait, la période du post-partum serait « le moment le plus fragile au niveau psychologique », pouvant exposer au plus grand nombre de regrets [67].

Plusieurs études ont montré que les femmes stérilisées immédiatement après leur accouchement rapportaient une moins bonne santé psychosexuelle en post-opératoire et à plus long terme [51].

5.9. La stérilisation masculine ou vasectomie

La possibilité de stérilisation masculine est brièvement évoquée ici dans la mesure où elle constitue une option qu'une femme peut envisager et évoquer avec son partenaire. Les précautions et restrictions juridiques et éthiques sont les mêmes que pour la stérilisation féminine. Il s'agit de même que pour la stérilisation féminine d'une méthode de contraception qui doit être considérée comme irréversible.

Il s'agit d'une section/ligature des canaux dits déférents qui assurent le transport des spermatozoïdes des testicules au pénis. Les méthodes de vasectomie se réalisent par abord scrotal ou voie transcutanée. L'intervention est réalisée sous anesthésie locale ou péridurale, par un chirurgien, un urologue, ou un gynécologue formé à cette technique. On réalise une incision au niveau des aines, l'intervention dure de 20 à 30 min, et la sortie a lieu en fin de journée. L'efficacité contraceptive existe passé 3 mois, après contrôle par plusieurs spermogrammes de l'absence complète et persistante de spermatozoïdes dans le sperme.

Rappelons que la stérilisation tubaire a :

- **20 fois plus de risques de complications sévères,**
- **10 à 37 fois plus de risques d'échec,**
- **coûte trois fois plus cher que la vasectomie.**

De plus le **risque léthal est 12 fois plus élevé** que lors d'une vasectomie [68] .

Malgré ces différences le rapport entre vasectomie et stérilisation tubaire est de 35/65. La vasectomie est, de loin, la méthode de stérilisation humaine la plus sûre, la plus efficace et la moins chère. Dans le cadre du conseil aux couples c'est l'information qui doit être délivrée [68] ; même si pour l'instant, de notre côté de l'Atlantique, il semble encore admis que le geste touche le corps féminin plutôt que le masculin. La stérilisation serait affaire de femmes, de même que la contraception et l'enfantement. L'homme réagit différemment, et la peur de mettre en jeu sa virilité l'inquiète souvent trop pour qu'il demande une intervention et rares sont les femmes qui insistent pour l'obtenir de leur compagnon, elles estiment en général que cela doit se passer en elles, donc par elles [67].

DEUXIEME PARTIE : La sexualité...

1. Physiologie de la réaction sexuelle

Avant toute observation et analyse de la sexualité, il ne faut pas oublier que la sexualité des couples doit être replacée dans leur histoire personnelle et celle du couple. De même, les relations sexuelles d'un couple sont influencées par la structure familiale, le système éducatif de chacun, la religion, la personnalité de chacun, la nature des relations et l'entente du couple. Pour qu'un couple s'entende au niveau sexuel, il faut qu'il s'entende dans la vie de tous les jours.

➤ Les phases selon William Masters et Virginia Johnson

Le gynécologue William Masters et la psychologue Virginia Johnson ont défini quatre phases de la réaction sexuelle [69]. À ces phases, le docteur Helen Singer Kaplan [70] a ajouté celle du désir.

D'après ces auteurs, les différentes phases sont :

1. le désir
2. l'excitation
3. le plateau
4. l'orgasme
5. la résolution

Ces différentes phases, observables aussi bien chez l'homme que chez la femme (nous nous limiterons ici à la femme), se manifestent par des variations physiologiques [71-72-73]:

1.1. La phase de désir

Léger gonflement des organes génitaux

Une fois l'intérêt éveillé, le désir sexuel se manifeste en effet par des changements corporels. On observe d'abord des phénomènes congestifs sous la dominance du système nerveux autonome parasympathique, puis des changements de tension musculaire sous la dominance du système nerveux autonome sympathique avec, bien sûr, des relais dans l'hypothalamus et une intégration dans le cerveau. Les phénomènes de vasocongestion impliquent plusieurs parties du corps et correspondent aux phases d'excitation et du plateau.

1.2. La phase d'excitation

Les modifications du vagin

C'est le premier signe de la réponse sexuelle physiologique quelque soit la zone érogène sollicitée. Il y a congestion, changement de coloration, expansion et lubrification :

- La congestion du tiers externe du vagin est telle qu'elle entraîne une diminution du tiers de la lumière du vagin.
- La coloration de la muqueuse vaginale passe du rose au pourpre 10 à 30 secondes après le début de tout stimulus sexuel.
- La lubrification vient d'une transsudation à travers les plis du vagin, secondaire à une vasodilatation du plexus veineux périvaginal (et non d'une sécrétion des glandes de Bartholin). Avec l'âge, il y a diminution de la quantité de la gelée lubrifiante et augmentation du délai de production de la lubrification : de 10 à 30 secondes chez la jeune femme, ce délai devient 1 à 3 minutes chez la femme de plus de 50 ans. Mais il est très important de ne pas oublier que cette lubrification est en relation avec le désir sexuel et avec l'excitation sexuelle. S'il y a absence de désir sexuel, il ne faut pas s'étonner de la carence de la lubrification autant chez la jeune femme que chez la femme âgée.

En plus de la congestion et des changements de coloration de la muqueuse et de la lubrification, la période d'excitation produit aussi un allongement et une distension des deux tiers internes du vagin à mesure que la tension sexuelle augmente. Durant cette phase, la femme ressent du désir, se sent très excitée et a souvent envie de la pénétration du pénis.

La situation de l'utérus

L'utérus augmente de volume et débute son ascension. On note une sécrétion de l'endocol.

Les modifications anatomiques vulvaires

- les grandes lèvres engorgées s'amincissent et s'aplatissent contre le périnée concourant à dégager l'orifice vaginal ;
- les petites lèvres ont une réaction tumescence et font saillie contribuant à l'allongement du canal vaginal d'environ 1 cm ;
- la réaction clitoridienne, due à la contraction tonique des muscles ischio-caverneux et transverses, est constante pendant cette phase et maximale en cas de stimulation locale : on remarque une tumescence du gland, une augmentation du diamètre du corps et une élongation. Le clitoris agit comme récepteur et transformateur des stimuli sexuels. C'est l'organe sexuel le plus important chez la femme (si l'on exclut le cerveau !).

Les modifications des seins

Les seins réagissent parallèlement aux zones érogènes primaires : on observe une érection des mamelons, une augmentation du volume des seins et une tumescence de l'auréole des seins, le mamelon et l'aréole prennent une coloration accentuée.

Les muscles du squelette : Il y a augmentation de la tension des muscles volontaires.

La vision : La pupille est dilatée créant une photophobie : souvent la femme ferme les yeux pour éviter une interaction lumineuse gênante à son abandon au plaisir sexuel.

1.3. La phase du plateau

- Le gonflement des seins et des mamelons continu.
- La respiration, le rythme cardiaque et la pression sanguine augmentent.
- Le gland du clitoris disparaît sous son capuchon (se rétracte).
- Les petites lèvres gonflent et augmentent de volume.

On observera également chez de nombreuses femmes :

- une vasodilatation se traduisant par une rougeur du visage, dans la région épigastrique et sur la poitrine... avec toutes les variations individuelles. Les anglophones appellent cette éruption le «sex flush» ;
- un rétrécissement du champ visuel et un rétrécissement du champ auditif ;
- un accroissement de la transpiration.

1.4. L'orgasme

➤ Il y a des **contractions involontaires** du tiers externe du vagin. Au moment de l'orgasme, ces contractions se succèdent cinq à douze fois avec un intervalle de 0.8 seconde. Après les quatre à six premières, celles-ci diminuent en force et en fréquence. La durée et la récurrence des contractions varient d'une femme à l'autre et d'une expérience sexuelle à l'autre. Ce sont ces variations de récurrence qui nous amènent à parler d'orgasmes multiples ou d'orgasmes consécutifs.

➤ En résumé, l'orgasme est un réflexe dont la **racine sensitive est le clitoris et la racine motrice le vagin**. Le clitoris est doué d'une sensibilité tactile, par contre le vagin ne présente qu'une très faible sensibilité tactile au niveau de la partie inférieure périvaginale mais présente, par contre, une sensibilité proprioceptive spéciale au niveau du bord interne du diaphragme pelvien et au niveau du cul de sac postérieur.

Il n'y a pas un orgasme clitoridien ou un orgasme vaginal mais, selon Masters & Johnson, une unicité physiologique. Donc, l'orgasme n'est pas provoqué par la pénétration du pénis dans le vagin mais par la stimulation du clitoris. Il n'y a **pas d'orgasme sans stimulation du clitoris**. Que l'orgasme soit consécutif à une stimulation du clitoris par des caresses manuelles (masturbation) ou buccales (cunnilingus) ou péniennes (coït), il s'agit toujours de **contractions du vagin secondaires à une stimulation du clitoris**. Il y a eu dans le passé d'ardentes discussions concernant l'orgasme clitoridien ou vaginal : on parle même aujourd'hui d'orgasme utéro-annexiel. Il semble qu'il s'agisse toujours du même phénomène mais que le vécu soit différent.

➤ L'orgasme senti principalement comme clitoridien ou vulvaire s'accompagne d'un **raidissement corporel** (extension). Si la stimulation investit davantage le vagin, l'orgasme s'accompagne de contractions de tout le corps en flexion (spasme carpopédal : contraction involontaire des muscles du poignet et des pieds entraînant, dans ces régions, une contracture se manifestant par une version de la main vers l'intérieur, une flexion du pied vers le haut et un

étalement des orteils). Si les contractions utérines sont intenses, il y a un effet de succion vaginale lors de l'orgasme. Il s'agit de vécus différents dans leur qualité ou encore du même phénomène physiologique, mais vécu différemment par la femme en raison de l'intensité de l'excitation.

➤ Grafenberg a décrit **le point « G »**, qui est une zone située au niveau de la face antérieure du vagin, en regard du système glandulaire périurétral d'où un fluide est émis par certaines femmes au moment de l'orgasme.

➤ L'orgasme chez certaines personnes s'accompagne de **manifestations sonores** plus ou moins intenses et plus ou moins discrètes (cris, soupirs, gémissements, etc.)

➤ Chez la femme, **l'orgasme n'est pas constant** : il est plus fragile que chez l'homme et l'émotion amoureuse l'emporte souvent sur la satisfaction de l'impulsion érotique, d'où l'importance de toutes les circonstances qui entourent l'acte lui-même

➤ **Le cerveau : premier organe sexuel**

Il est fort probable que les clefs de la compréhension de l'orgasme féminin se trouvent dans le système nerveux central. Ceci expliquerait que l'on observe autant de différences chez les femmes et que les mêmes stimulations puissent engendrer des réponses très variables d'une personne à l'autre ou selon le moment et l'humeur.

Les sexologues ont eu trop tendance à ne s'intéresser qu'à la périphérie (point G, orgasme clitoridien ou vaginal...) en oubliant que la sexualité est en réalité gérée par le cerveau. De plus en plus d'études tendent à renforcer cette vision. L'une des plus spectaculaires a été publiée dans la revue *Archives of Sexual Behaviour* du mois d'avril 1992. Beverly Whipple, de l'Université du New Jersey, et ses collègues y présentent l'exemple de femmes atteignant l'orgasme par la seule pensée (autosuggestion d'images érotiques) sans aucune stimulation physique [74].

Les chercheurs ont également observé que les caractéristiques de ces orgasmes (augmentation de la pression sanguine, du rythme cardiaque et du diamètre de la pupille) sont comparables à celles des orgasmes provoqués par la masturbation. Sur la base de ces résultats, on peut dire que la stimulation physique des parties génitales n'est à l'évidence pas nécessaire pour reproduire un état correspondant à celui d'un orgasme. Une étude plus ancienne, menée en 1976, rapporte des cas d'orgasmes nocturnes [74].

Toutefois, en majorité, le plaisir sexuel est induit par stimulation physique. Mais même dans ce cas, on sait que les zones érogènes ne se limitent pas aux parties génitales. Bien d'autres régions du corps peuvent provoquer une excitation sexuelle. Certains résultats permettent même de penser que le corps entier est une zone érogène, et que c'est le traitement des stimulations par le cerveau qui détermine la réponse (ou l'absence de réponse) sexuelle. L'orgasme ne dépendrait pas uniquement des mécanismes ascendants de traitement de l'information reçue de la périphérie pendant la stimulation sexuelle, mais également de mécanismes associatifs cognitifs descendants pouvant inhiber ou activer la réponse sexuelle.

La recherche sur la transmission des signaux entre le système nerveux central et la périphérie dans le cas de la stimulation sexuelle a également réservé des surprises. Dans un article publié en 2004 [75], sont exposés les cas de femmes qui, malgré une lésion complète de la moelle épinière, ressentent des sensations vaginales. Certaines d'entre elles ont même atteint l'orgasme par masturbation.

En s'appuyant sur l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, les chercheurs suggèrent que la transmission de la stimulation passe par le nerf vague. La localisation de régions du cerveau spécialisées dans l'orgasme féminin semble toutefois plus ardue [74].

En résumé le cerveau humain reçoit un stimuli sexuel provenant du corps, le prépare, et, basé sur un savoir et une expérience passés, amène le corps à y répondre.

- Le cerveau peut engager le processus du réveil sexuel en réponse à des pensées (fantaisies sexuelles), un stimuli visuel (voir un partenaire nu), une stimulation audible (entendre la voix du partenaire), un stimuli olfactif (l'odeur du corps du partenaire), et à un goût (le goût du corps du partenaire).
- Le corps peut engager le processus du réveil sexuel en réponse à un toucher des organes génitaux ou de la poitrine de la part de la femme ou de son partenaire, à la sensation de l'air effleurant sa peau nue, ou à ses habits stimulant sa poitrine ou son organe génital.

Bien que l'esprit et le corps peuvent faire l'expérience d'un réveil sexuel à part, ils ne peuvent cependant avoir l'orgasme séparément. L'orgasme nécessite un travail du corps et de l'esprit simultanément. Il se peut qu'un orgasme résulte seulement de pensées, mais l'orgasme est néanmoins ressenti dans le corps. Toute la stimulation sexuelle et le réveil peuvent naître dans l'un ou l'autre, mais l'orgasme prend place dans les deux.

1.5. La phase de résolution

- **Détente des tensions musculaires**. Aussitôt après l'orgasme, un léger tremblement accompagne les mouvements volontaires du à la remise en marche pyramidale des muscles sollicités lors du coït.
- Les organes génitaux reprennent leur **apparence initiale peu à peu** : relâchement rapide du corps clitoridien et des petites lèvres en 2 à 20 secondes, puis la congestion pelvienne disparaît progressivement avec un retour à l'état normal en une vingtaine de minutes et enfin retour à l'état physiologique du système cardio-respiratoire, laissant une sensation de détente et d'apaisement.
- Chez la femme il n'existe **pas de période réfractaire** : un nouvel orgasme est possible pendant la phase réfractaire.

2. Contraception et sexualité

2.1. Répercussions des méthodes contraceptives sur la vie sexuelle

Il est indispensable que le choix de la méthode contraceptive prenne en compte les possibles répercussions néfastes sur la sexualité. Les effets doivent être réduits au maximum.

2.1.1. Méthodes « naturelles » de contraception

- **Le retrait** : Ne fait pas partie des moyens fiables de contraception. Cette méthode ne pardonne pas l'erreur et exige une aptitude et une forte motivation de la part du couple pour l'utiliser lors de chaque rapport. De plus, il a souvent été accusé de ne pas satisfaire pleinement l'acte sexuel à juste titre, surtout pour l'homme. C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel. Ses conséquences psychosexuelles ne sont pas négligeables. Pour l'homme, le sentiment de frustration est parfois tel qu'elle peut être mise en cause dans la genèse d'une impuissance. Pour la femme, à la frustration s'ajoute souvent un sentiment d'insécurité, l'anxiété d'un retrait trop tardif, qui rendent son « laisser-aller » délicat.
- **L'abstinence périodique** : Les périodes d'abstinence nécessaire peuvent engendrer beaucoup de frustration avec une restriction considérable de la période des rapports possibles ; en particulier, ceux-ci restent interdits en phase pré ovulatoire, où la libido est souvent plus intense chez certaines femmes.

2.1.2. Méthodes de contraception vaginale

Les méthodes de contraception locale sont susceptibles, à l'évidence, d'interférer avec la spontanéité de la vie érotique .

- **Le préservatif masculin** peut altérer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel, notons que l'homme qui éjacule très rapidement peut apprécier une légère réduction de la sensibilité si elle permet de prolonger la relation. Les dysfonctions érectiles ou les conditions pénibles de l'utilisation du préservatif peuvent poser certaines difficultés.
- **Le préservatif féminin** peut être posé bien avant le rapport sexuel, il risque alors de gêner pour les préliminaires, mais il n'y a pas de nécessité de le retirer avant la fin de l'érection. Il est rapporté qu'il peut être bruyant au cours de la relation
- Si l'odeur, voire le dégoût **des spermicides** peut être gênant, les spermicides sous forme de gel ou de crème suppriment les problèmes de lubrification. Dans le cadre d'une utilisation régulière, une irritation temporaire de la vulve ou du pénis est possible. Pour certains couples, l'application répétée du spermicide obligatoire avant chaque rapport sexuel peut représenter un obstacle au bon déroulement de la relation.

Le type d'entente dans le couple au niveau de la sexualité, son aise à en parler, seront des atouts pour bénéficier pleinement des contraceptifs locaux dont l'utilisation peut être intégrée dans les jeux préliminaires.

2.1.3 Stérilet

Il provoque parfois un accroissement de la dysménorrhée et un allongement des périodes d'hémorragie susceptible parfois de retentir sur le rythme des relations sexuelles, qu'il s'agisse de stérilet au cuivre ou hormonal.

Si le conjoint envisage la présence d'un corps étranger avec crainte, il faut écarter ce mode de contraception.

L'utérus remonte à la phase d'excitation et se contracte lors de l'orgasme. Le stérilet amplifie souvent ces sensations et certaines femmes, lors du passage du stérilet à la pilule, signalent qu'elles ressentent moins de plaisir...

2.1.4. Contraception hormonale

Si dans les premières pilules le climat progestatif dominant pouvait expliquer certaines baisses de désir, les pilules minidosées actuelles sont caractérisées par une activité oestrogénique bénéfique par une action sur la lubrification vaginale.

Les études [76] effectuées sur l'impact de la pilule sur les réactions sexuelles ont révélé une augmentation de la capacité de réagir et de la fréquence des rapports sexuels chez certaines femmes, et une augmentation du désir chez d'autres. Les comparaisons faites entre des femmes du même âge, de la même « race », de la même religion et du même niveau d'instruction, dont certaines prenaient la pilule et d'autres non, suggèrent que les femmes qui prennent la pilule ont des relations sexuelles plus fréquentes. De plus, la fréquence du coït chez elles semble augmenter avec le temps.

Plutôt qu'une différence due à l'action hormonale spécifique de la pilule, il semblerait que cette différence soit liée à des changements physiologiques causés par la confiance en son efficacité, par la régularité des cycles, par la réduction ou la suppression du syndrome prémenstruel et des dysménorrhées et par le fait qu'elle permet d'avoir des rapports sexuels spontanés.

La pilule permet donc d'avoir une vie sexuelle harmonieuse ; quelquefois cependant c'est le contraire. Pour certaines femmes, l'efficacité de la pilule, l'absence de variabilité du cycle réduit leur désir. Chaque jour du cycle étant semblable, les relations sexuelles sont rendues potentiellement toujours possibles. Et cette disponibilité théorique permanentes s'accorde mal au vécu et aux sensations de ces femmes [6].

2.1.5. La stérilisation

➤ Masculine

Il n'y a pas d'interférence avec l'acte sexuel et les troubles psychosexuels sont rares. L'érection et l'orgasme sont conservés. L'éjaculat est d'aspect habituel puisque constitué en majeure partie des sécrétions de la prostate et des vésicules séminales, glandes anatomiquement localisées après la zone de ligature. En fait rien ne permet de distinguer un sperme stérile d'un sperme fécondant en dehors d'un examen au microscope.

➤ Féminine

Il n'y a pas de modification de la production hormonale et du cycle menstruel. Les différents procédés ne semblent pas avoir d'effets psychologiques néfastes sur le désir ou les réactions sexuelles. Les effets psychologiques peuvent être absents ou positifs, ces derniers étant présumément dus à l'élimination de la crainte de la grossesse (cf. 3. Discussion).

2.2. Les résistances psychologiques à la contraception

Dans le cadre de la contraception, le contrôle de la fertilité apparaît plus complexe que la simple décision de recours à une méthode contraceptive et comprend, au-delà de la simple offre contraceptive et des critères médicaux, la **prise en compte des pratiques et représentations sociales** [77] (notamment en terme de grossesse mais également sur le choix d'une éventuelle méthode contraceptive).

La pratique contraceptive est sensible aux **modifications psychologiques et relationnelles** et peut être l'objet d'une **baisse de vigilance plus ou moins consciente** [78]. Les représentations qu'ont les femmes de la grossesse sont le jeu de la fantasmagorie individuelle et de l'imaginaire social, ce qui renvoie à des approches élaborées par la psychanalyse [79], notamment **l'ambivalence du désir de grossesse**, et pose directement la question de **l'objectif de la contraception** (« Est-ce bien le risque « 0 » ? »).

2.2.1. Ambivalence du désir de grossesse et motivation contraceptive

La première des résistances psychologiques à la contraception provient du **désir inconscient d'avoir un enfant**. Cette résistance est naturelle, et manifeste « l'instinct » de maternité chez la femme. La femme doit gérer l'ambivalence qui naît de l'opposition entre d'une part la perception de sa propre fécondité naturelle et le désir de maternité et d'autre part le souci d'autopréservation physique ou psychologique et les contraintes souvent contradictoires qui pèsent sur les femmes [78-79].

On a à faire à une **opposition entre le désir conscient et le désir inconscient de la femme** : le désir conscient est celui qui s'énonce, il fait partie d'un plan de vie et répond aux idéaux familiaux et sociaux sur le sujet. Sous-jacent, existe cependant « un désir d'enfant ou seulement de grossesse, inconscient et peut-être irréductible et permanent chez beaucoup de femmes » [80]. Il s'agit d'un souhait inconscient, ignoré d'elle, mais qui détermine le nombre d'enfants qu'une femme peut ou non avoir [81].

L'enfant imaginaire est celui que toute femme vient à désirer, celui qui manque à l'appel, celui qui suivra après un accouchement. Il est le lieu de passage d'un désir absolu. De fait, ce qui est désiré ne sera pas l'enfant lui-même mais le désir d'enfant, le désir d'enfance, la réalisation d'un souhait infantile [81]. Donc en matière de désir d'enfant, le désir le plus archaïque est probablement plus le désir du « pouvoir » de la mère de faire un enfant que le désir de l'enfant proprement dit [82].

Toute contraception, en empêchant la grossesse, supprime la gratification, la preuve que celle-ci procure. C'est ainsi que derrière la demande de contraception, il faut savoir discerner : chez l'adolescente le besoin de **preuve sur la fertilité**, chez la femme de 45 ans **une réassurance**, chez la femme accouchée, entre l'enfant réel (le nouveau-né) et l'enfant fantasmé existe toujours une différence : une sorte de **désillusion qui fonde le « désir » de l'enfant suivant** [82].

L'hypothèse est alors que ce désir inconscient serait à l'origine de **plaintes existentielles ou somatiques, de grossesses dites non souhaitées et pourrait expliquer les « accidents »** (oublis de pilules...), comme des actes manqués [80-83-84]. « Il faut savoir qu'il arrive qu'une femme demande l'avortement pour une grossesse qui a été programmée et il arrive que l'on soit heureux de donner la vie à un enfant conçu de façon accidentelle. »[84]

2.2.2. Conséquences de cette ambivalence sur la sexualité

S'opposant au désir inconscient, la **contraception** pourrait également être à l'**origine de baisses de libido** chez les femmes qui ont besoin pour accéder à l'orgasme de rêver ou de risquer une grossesse ou bien encore de placer leur partenaire en tant que sujet en position de décision. Il arrive que certaines femmes se punissent par une frigidité temporaire occasionnée par le **conflit psychique entre la prise de la pilule et le désir d'enfant**. Ces femmes rendent la pilule responsable de leur « chute de libido » psychosomatique [85].

Par ailleurs certaines femmes voient leur désir « s'éteindre » du fait de l'**incompréhension par l'homme de cet espace fantasmatique**. Il s'agit bien d'un fantasme, car elles peuvent accepter et bien tolérer leur contraception qu'elles assument, mais elles veulent aussi s'autoriser la part du rêve émotionnel (penser à l'enfant imaginaire) [6].

La **contraception** pourrait également dans certains cas être perçue comme correspondant à une **annulation du corps féminin en tant que corps biologique cyclé avec ses moments de fécondité**, sans plus de risque de grossesse ni de règles et donc sans plus de raisons ou de moments de refus [80]. L'arrivée d'un enfant peut permettre au couple d'affirmer sa maturité sexuelle. L'homme peut désirer un enfant dans le but de démontrer sa virilité, la femme peut, par l'enfant, exprimer sa féminité. Ces conduites sont inconscientes et relèvent du domaine fantasmatique [85].

Les méthodes contraceptives efficaces agissent comme **révélateur de la sexualité** à l'intérieur du couple. Alors que pour certains, c'est l'occasion d'accéder à une **vie psychosexuelle plus épanouissante**, pour d'autres cela peut éveiller l'**apparition d'anxiété, d'inhibition, de culpabilité**. La contraception devient le révélateur d'une fragilité des assises psychosexuelles et peut provoquer des phénomènes **d'impuissance et de frigidité réactionnelle** [85].

On ne peut plus se réfugier derrière l'excuse de la prudence, du danger et de la peur d'une grossesse pour échapper aux rapports sexuels. Les sexologues ont observé qu'un homme ou une femme peut résister aux méthodes de contraception efficaces dans la mesure où ils redoutent une augmentation de la demande sexuelle de la part du partenaire [85].

Quand la sexualité est satisfaisante, elle est sans histoire, sans plainte et sans répercussion sur la contraception. En revanche, quand il y a des **dysfonctions sexuelles**, celles-ci peuvent **retentir sur la prise contraceptive et sa tolérance** [6]

Les difficultés sexuelles quelles qu'elles soient ont souvent comme origine la méconnaissance des réactions de l'autre. Parler d'un enfant potentiel à son conjoint quand on est sous contraception c'est s'autoriser à rêver à deux. Certains hommes pensent (rationnellement) que si leur femmes prend une contraception c'est qu'elle ne veut pas d'enfant. Quelquefois il est souhaitable d'être ouvert au double discours rationnel et émotionnel quand il existe. Dans ces cas cela favorise un entretien du désir sexuel, tout en assurant une bonne observance de la contraception, tout au moins pendant un temps.

2.2.3. Injonction à la norme

L'avancée du discours scientifique et la diffusion des méthodes de contraception ont transformé le désir d'enfant en une démarche consciente et raisonnable, souvent programmée [81]. Leur codification précise est « porteuse d'une **normalisation des pratiques féminines et d'un accroissement du contrôle social et médical de la sexualité par le biais de la prescription contraceptive** » [86]. La crainte d'une grossesse non souhaitée ou d'une maternité subie n'est pas seulement remplacée par la possibilité d'une maternité volontaire, contrôlée et planifiable dans le temps, mais par celle d'un **devoir contraceptif** [77-87-88].

Le corollaire de cette injonction à la norme, à l'heure où des méthodes contraceptives efficaces existent, est que les femmes qui n'utiliseront **pas de contraception**, notamment médicale, seront **considérées comme déviantes**.

La temporalité de la grossesse fait également partie de la norme puisque les grossesses précoces et tardives intervenant respectivement avant 25 ans et après 40 ans sont **stigmatisées socialement**.

Cette norme est cependant toute relative, en fonction des populations et sous-populations auxquelles on s'intéresse. Les dogmes des principales religions monothéistes qui ont cours en Europe laissent en effet, dans certaines sous populations, une place limitée à l'utilisation d'une contraception médicale [89-90].

2.2.4. Logique de couple

Dans le cadre particulier de la contraception, la **logique relationnelle au sein du couple peut influencer les comportements préventifs, notamment en matière de sexualité**. Certains auteurs placent d'ailleurs la relation du couple au centre du comportement préventif et considèrent que ce comportement ne peut pas être compris par la seule considération de l'environnement social, sans considérer la dynamique et la manière dont se structurent les **relations affectives et sexuelles du couple** [91].

Dans la pratique, il est habituel d'évoquer la notion de domination masculine et l'acquis que constitue la contraception en matière de contrôle de la fertilité et donc d'émancipation féminine [92].

Certains soulignent le retrait dans le désir d'enfant (y compris inconscient) de la participation des hommes depuis l'avènement des méthodes contraceptives et observent que la question du don symbolique de l'homme envers la femme ne semble plus se poser [84].

La structuration de la relation, notamment au niveau affectif et en terme de pouvoir, peut dans certains cas se révéler centrale et la contraception, ou son absence ou son refus, se révéler un moyen de maintenir un partenaire à distance ou au contraire de l'engager davantage.

2.2.5. Relation soignant consultante

Le soignant n'est pas demandé dans sa fonction thérapeutique habituelle [80], même si celle-ci reste préventive d'états de santé potentiellement pathologiques. D'une part il oeuvre non plus pour la vie et la santé mais pour une **méthode qui limite la vie** et d'autre part il entre dans le **champ intime de la consultante**, l'objectif n'étant pas la préservation de la santé mais de contribuer au **développement d'une sexualité épanouie, parce qu'à moindre risque de grossesse**. La verbalisation peut en être difficile, le **genre du soignant** pouvant également entrer en compte dans la relation

Le fait est que la logique de prescription est le plus souvent médicale, le soignant prescrivant la méthode qu'il juge la plus efficace, sans forcément tenir compte de **la trajectoire et de la situation particulière de la femme** [87-88]. Au mieux, le choix de la prescription se fait sous tutelle médicale, le médecin se voyant plutôt conférer un rôle de **conseiller et d'éducateur** qu'un rôle de décideur, et légitimant la méthode choisie. Un dernier paradoxe de cette relation réside dans le fait que la **démarche relationnelle médicale** peut interférer avec **la logique relationnelle de couple**.

2.2.6. Théorie des conflits

La « théorie des conflits » intègre certains des concepts précédents et inscrit la contraception dans la perspective dynamique d'une femme en tant que sujet, résultante ou partie prenante à des **conflits entre diverses logiques sociales, au carrefour desquelles elle se situe** [91].

Ces logiques sont parfois contradictoires entre elles, non dévoilées et difficilement traductibles par un acte en accord avec l'ensemble de ces logiques. Il s'agit par exemple des logiques se rapportant à **la religion, à l'organisation familiale, à la sexualité et aux rapports relationnels** dont la confrontation peut résulter en la non-utilisation d'une méthode contraceptive.

3. Comment évaluer scientifiquement la sexualité ?

3.1. Méthodes et instruments de recherche

3.1.1. Questionnaire

Il s'agit de la méthode de mesure la plus facile à utiliser, elle reste, comme l'entrevue, relativement subjective. Certaines études ont comparé les auto questionnaires avec les résultats obtenus par la mesure des réactions physiologiques et notent des erreurs de mémoire mais aussi des « erreurs » dans la reconnaissance subjective de l'excitation physiologique par les sujets féminins surtout [85].

3.1.2. Entrevue

Bien que cette méthode soit habituellement plus coûteuse et de plus longue durée que l'utilisation d'un questionnaire, elle permet cependant, grâce à sa flexibilité, d'obtenir des renseignements plus détaillés.

3.1.3. Observation directe

On observe directement le comportement que l'on veut étudier, ainsi Master et Johnson (1966-1979) [69] ont observé l'activité sexuelle des couples hétérosexuels et homosexuels. Comme il est impossible de tout observer, l'expérimentateur doit faire un choix. Il choisit à l'avance des comportements particuliers et en note la présence et l'absence, ainsi que la durée. Lorsqu'il fait ces choix l'observateur peut être influencé par ses propres préjugés et ses propres hypothèses, de plus soulignons le problème de la présence de l'observateur qui risque de modifier le comportement de ceux qui sont observés. Enfin le biais lié à la participation est beaucoup plus important que pour les autres méthodes.

3.1.4. Mesures des réactions physiologiques

Observation des réactions sexuelles visibles des participants, associée à un examen de l'appareil génital des participants avant, après et, parfois, pendant l'activité sexuelle. D'autres chercheurs ont évalué les réactions physiologiques et chimiques des participants pendant que ces derniers s'adonnaient à des activités sexuelles en laboratoire.

- **Mesures des réactions générales** : fréquence cardiaque, dilatation des pupilles...
- **Mesures des réactions génitales [93]** :
 - Pléthysmographe (pénien ou vaginal): Appareil permettant d'enregistrer les changements de volume survenant dans un territoire vasculaire soumis à des variations de flux sanguin.
 - Vulvalgésiometre: Appareil développé afin de mesurer le seuil de sensibilité de la douleur dans la région génitale.
 - Thermographie : L'imagerie thermique consiste à enregistrer la température associée à l'activité sexuelle à l'aide d'une caméra autonome à imagerie thermique. On photographie des profils de dispersion de la chaleur. Cette méthode réduit les problèmes liés aux méthodes invasives et à la réactivité.

3.1.5. Mesures des réactions biochimiques

C'est l'étude de l'influence des hormones sexuelles sur le comportement.

3.1.6. Etude de cas

Elle ne permet pas d'établir un lien de cause à effet, ni de généraliser les réactions de la personne étudiée à d'autres sujets. Elle peut toutefois se révéler extrêmement utile pour suggérer des hypothèses, qui peuvent par la suite être vérifiées sur des échantillons plus grands.

3.2. Critères d'évaluation de la fonction sexuelle féminine

3.2.1. L'intérêt, le désir sexuel

L'intérêt sexuel est éveillé, nourri et augmenté par divers éléments tels la connaissance, la perception, l'imagination, la mémoire et les qualités propres à la personnalité et à l'apparence de l'objet sexuel.

➤ **La connaissance**

L'intérêt sexuel est conditionné par la formation intellectuelle, l'éducation, les valeurs culturelles et religieuses de la société dans laquelle nous vivons. C'est un élément très important, si l'on songe que 95 % des femmes ayant répondu au questionnaire du rapport Hite (1977) [94], indiquaient qu'elles avaient été élevées avec l'idée que le sexe est «mauvais». Si l'on ajoute à ce jugement moral négatif le manque d'informations sur la sexualité et l'absence de contraception efficace, on comprend aisément le caractère restrictif ou contraint de l'intérêt sexuel des femmes d'une ou deux générations plus vieilles.

➤ **La perception**

Tous les sens concourent à la sexualité, avec une primauté du toucher chez la femme. Toute la peau est organe sexuel et souvent l'intérêt sexuel n'est réellement éveillé que par un contact tactile. Se toucher maintient le contact dans un couple.

➤ **L'imagination**

C'est le fantasme, le non avoué, ce qui se passe au plus profond de soi et peut colorer, exciter et accroître le plaisir. En général, l'imagination érotique est la faculté la moins développée chez les femmes. Mais elle peut se développer. L'imagination est révélatrice de la personnalité, de sa richesse ; c'est la faculté par laquelle les connaissances et l'éducation peuvent influencer le comportement sexuel. Les inhibitions, qu'elles viennent de la censure parentale intériorisée par la

femme ou des interdits sexuels sociaux et culturels, ou encore des expériences antérieures, ont un effet négatif sur l'imagination et obscurcissent l'imagerie érotique. Les thérapeutes sexuels le savent bien ; beaucoup de femmes ayant des dysfonctions sexuelles doivent guérir d'abord leur imagination. En effet, au cours des thérapies sexuelles, lors de l'utilisation de la technique de désensibilisation progressive, il y a essai dans un premier temps de libérer la patiente de ses inhibitions, puis de lui apprendre à utiliser son imagination par la fabrication de scénarios érotiques dans lesquels elle est impliquée.

➤ **La codification érotique**

C'est la qualification intérieure de l'émotion, la perception de l'expérience comme érotique. Sans cette attitude, les avances faites par des partenaires potentiels ne sont pas vécues comme une invitation à l'érotisme et ne peuvent alors servir de préludes amoureux.

➤ **La mémoire**

Il nous paraît évident que les expériences passées peuvent augmenter ou diminuer la motivation d'un individu à l'égard de la sexualité. Une succession d'expériences amoureuses négatives peuvent faire perdre confiance en soi et ainsi diminuer l'intérêt sexuel de la femme.

➤ **L'objet sexuel**

En l'occurrence le partenaire masculin, peut évidemment faire varier l'intérêt sexuel par ses qualités physiques et morales. Les femmes sont semblables aux hommes sur ce point. Si, pour un homme, une femme d'aspect négligé ou ayant des défauts physiques devient moins érotisante, c'est identique pour la femme. Un homme bedonnant, chauve, édenté et pressé diminue sa libido. Et cette baisse d'intérêt est alors une réaction normale, elle ne doit pas s'en culpabiliser et se déclarer frigide!

En résumé, l'intérêt sexuel est l'étincelle qui porte en germe le désir qui se manifestera par le comportement érotique de tout le corps. L'intérêt sexuel est une imprégnation particulière du comportement humain et les auteurs s'accordent maintenant en biologie pour attribuer aux androgènes, c'est-à-dire aux hormones mâles, une partie du conditionnement humain. Les femmes aussi possèdent des androgènes : les ovaires fournissent les hormones femelles, et les surrénales les androgènes.

Le rôle des oestrogènes, c'est-à-dire des hormones femelles, dans l'orientation sexuelle du comportement n'est pas encore établi avec précision et de façon satisfaisante. Il n'y a pas d'étude sérieuse démontrant comment la diminution des hormones de la femme, lors de la ménopause, peut influencer son comportement sexuel [95]. Certains auteurs, telle Helen Kaplan [70], affirment qu'avec la ménopause, il y a une augmentation du plaisir sexuel et du désir sexuel. Le rapport Hite [94] semble aller aussi dans ce sens. L'activité relative, plus importante des androgènes expliquerait ce phénomène. Les hormones essentielles seraient donc les hormones mâles...

3.2.2. L'excitation sexuelle, la lubrification

Cette phase est déclenchée par des stimulations physiques, psychologiques ou les 2 ensemble et s'exprime par un subjectif sens du plaisir. Après l'activation de l'imagination et des différents sens, il s'opère des changements corporels dont l'homme est davantage conscient mais qui existent aussi chez la femme. Ces changements correspondent au stade de l'excitation sexuelle. Le changement le plus facile à percevoir par la femme au niveau de son excitation est la lubrification vaginale.

Il existe souvent une confusion entre le désir et l'excitation. Souvent les patientes se plaignent de troubles du désir, or l'investigation conduit fréquemment à constater que ces patientes ont toujours des idées érotiques, du désir, mais qu'elles n'ont plus lors des tentatives de rapports sexuels d'excitation. Il est important de bien distinguer les deux dimensions. Ainsi, il faut préciser que le désir est une mentalisation, il se manifeste à « l'étage supérieur », et l'excitation est un réflexe, qui se manifeste de façon tangible, notamment par une lubrification vaginale chez les femmes.

3.2.3. La satisfaction sexuelle, l'orgasme

La satisfaction sexuelle est une réaction affective et subjective, positive ou négative liée à la sexualité [96].

- **Lien avec le partenaire**

Newcom et Bentler [97] ont confirmé le lien entre satisfaction sexuel et qualité du rapport personnel avec le partenaire sexuel. D'autres ont indiqué que les femmes qui se sentaient plus proches émotionnellement de leur partenaire avaient plus de chance d'avoir un rapport sexuel satisfaisant [98-99-100]. D'autres études plus récentes [101-102] ont signalé que les indicateurs de la qualité du rapport font partie de ce qu'on peut nommer l'Échange Inter individu: intimité émotionnelle, respect, et compagnie [102].

- **Rôle de l'orgasme :**

Certains disent que l'orgasme joue un rôle minime dans la satisfaction sexuelle féminine [103], alors que d'autres ont trouvé que l'orgasme est un facteur important de la satisfaction sexuelle [98-104]. Davidson et Jennings [98] soulignent que les femmes multi-orgasmiques ont été aussi bien satisfaites de leurs rapports sexuels que les femmes mono-orgasmiques. Le cas des femmes non orgasmiques n'a pas été inclus dans cette étude.

L'activité sexuelle accompagnée d'orgasmes est associée avec la satisfaction sexuelle et même le bonheur selon certains [105]. Les études examinant le rapport entre fréquence de l'orgasme et satisfaction sexuelle, indiquent que la satisfaction sexuelle est liée au nombre d'orgasmes [104-105]. Une étude de 1982 a souligné que les femmes exprimant un mécontentement sexuel se plaignent de la diminution de constance orgasmique (trop de sexualité sans orgasme) [103].

La satisfaction sexuelle féminine est liée à l'effort du partenaire pour que la femme atteigne l'orgasme et la constance de la réponse orgasmique [97].

- **Fréquence de l'activité sexuelle :**

Les études concordent sur le fait que la haute fréquence d'activité sexuelle coïncide avec de hauts niveaux de satisfaction sexuelle. Le degré de satisfaction sexuelle correspond d'une façon directe à la fréquence d'activité sexuelle [106]. Les conclusions reflètent que la fréquence d'activité sexuelle a un impact sur la satisfaction et la satisfaction a un impact sur la fréquence [107].

- **Age :**

L'âge est un facteur important dans la satisfaction sexuelle, et les études publiées soulignent que le statut hormonal, l'absence de pathologies jouent un rôle dans la sexualité des femmes âgées de plus de 50 ans, mais l'interaction sexuelle (participation sexuelle au sein du couple) est un facteur déterminant [96].

- **Participation et plaisirs relatifs aux activités sexuelles non-coïtales :**

Les conclusions des études indiquent que la participation aux activités sexuelles non coïtales comme le sexe oral, sexe anal, et masturbation, joue un rôle dans la satisfaction sexuelle féminine dans le couple. Cette variable reflète l'intérêt d'un individu et sa bonne volonté à participer à une variété d'activités sexuelles d'un côté, et de l'absence d'inhibition sexuelle [96].

- **Les Variables religiosité, spiritualité, et cultures**

Le rôle de la religiosité demeure discutable. Trois variables semblent définir le rôle de la spiritualité dans la satisfaction du couple : religiosité, perception de sexualité, et leur interaction. Davidson [98] a rapporté que l'engagement religieux (mesuré par la fréquence d'assistance aux messes) altère la « satisfaction sexuelle physiologique », mais pas « la satisfaction psychologique ». Davidson et al. [108] n'ont trouvé aucun lien entre satisfaction sexuelle et religiosité parmi les étudiantes.

Il semble que la perception religieuse ou spirituelle de la sexualité joue un rôle plus important que la pratique religieuse. Une conception punitive restrictive de la sexualité peut altérer la satisfaction sexuelle féminine ; ces conceptions restrictives peuvent être religieuses, culturelles ou spirituelles.

- **Corrélation avec l'évolution sociétale**

Dans une étude de 1997 [107], portant sur la satisfaction sexuelle en 1971, et 1992 en Finlande, les résultats indiquent une nette augmentation de la satisfaction sexuelle liée à l'âge, à l'environnement sociétal et à la culture ambiante. Lorsque la sexualité est considérée comme une chose importante dans la vie on observe plus souvent : des relations choisies, des pratiques sexuelles libérées, une enfance non religieuse, un niveau scolaire élevé, une participation des deux partenaires aux pratiques sexuelles, l'utilisation d'accessoires, la fréquence de rapports sexuels, et les pratiques sexuelles fréquentes. L'insatisfaction sexuelle des femmes est corrélée à un environnement hostile, et des pratiques sexuelles peu variées et restrictives [107].

- **Qualité d'échange sexuel**

Deux facteurs jouent un rôle selon les études :

- une consommation sexuelle non valorisée lorsque l'un des deux partenaires estime que la sexualité est disponible et ne nécessite pas d'effort,
- l'intérêt des partenaires et l'investissement personnel dans la sexualité du couple [109].

Dans de nombreuses études récentes, les facteurs étudiés dans l'évaluation de la satisfaction sexuelle sont multiples, allant de 2- 15 voir plus.

L'utilisation des échelles ou questionnaires de Cronbach peut aider à l'évaluation de la satisfaction sexuelle [110]. En général, certaines variables sont utiles à étudier comme : la satisfaction totale du couple, l'aspect non sexuel du rapport dans le couple, la constance d'orgasme chez la femme et chez l'homme, la fréquence d'activité sexuelle, la participation et les plaisirs sexuels non coïtaux, autres : religiosité, spiritualité, âge.

3.2.4. Les sensations désagréables, les dyspareunies

Le terme de dyspareunie est utilisé pour une douleur pendant le rapport sexuel chez la femme sans contracture de la vulve et du vagin (synonyme = algopareunie). On distingue :

- **Les dyspareunies superficielles** : la douleur apparaît dès la tentative ou en début de pénétration du pénis ; elles peuvent résulter :
 - d'un hymen trop épais ;
 - d'une inflammation vulvaire (vulvite) ou vulvaire et vaginale (vulvo-vaginite) ;
 - d'une vulvodynie ou vestibulite vulvaire ;
 - d'une cicatrisation sensible après une épisiotomie ou une autre intervention chirurgicale ; souvent d'origine psychique, s'accompagnant volontiers de vaginisme.
- **Les dyspareunies profondes** : la douleur ne se manifeste qu'une fois le pénis introduit au fond du vagin, et parfois lors de certaines positions seulement surtout celles qui permettent une pénétration complète du pénis. On trouve dans la majorité des cas des atteintes organiques au niveau de l'appareil génital comme :
 - infection des organes génitaux internes (endométrite, salpingite, annexite péritonite pelvienne...)
 - endométriose ;
 - dystrophie ovarienne ;
 - à la suite des déchirures ligamentaires internes après un accouchement (syndrome de Master et Allen).

Après avoir défini tous ces critères il a été possible d'élaborer le questionnaire qui a été envoyé pour notre étude, en s'inspirant d'un modèle avec 19 questions (cf. Annexe 4) : le FSFI (The Female Sexual Function Index) [111]. Ce questionnaire a été établi pour évaluer la fonction et la qualité de la vie sexuelle des femmes dans des épreuves cliniques ou des études épidémiologiques. Il s'intéresse à **6 critères** : **le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction globale, et la douleur**. L'avantage de ce questionnaire est qu'il inclut des mesures périphériques (lubrification) et centrales (désir et excitation subjective), en tant que réponses (de dimensions séparables) à la stimulation sexuelle.

TROISIEME PARTIE : L'étude...

1. Présentation de l'étude

1.1. Objectifs

Les objectifs de l'étude sont de deux ordres :

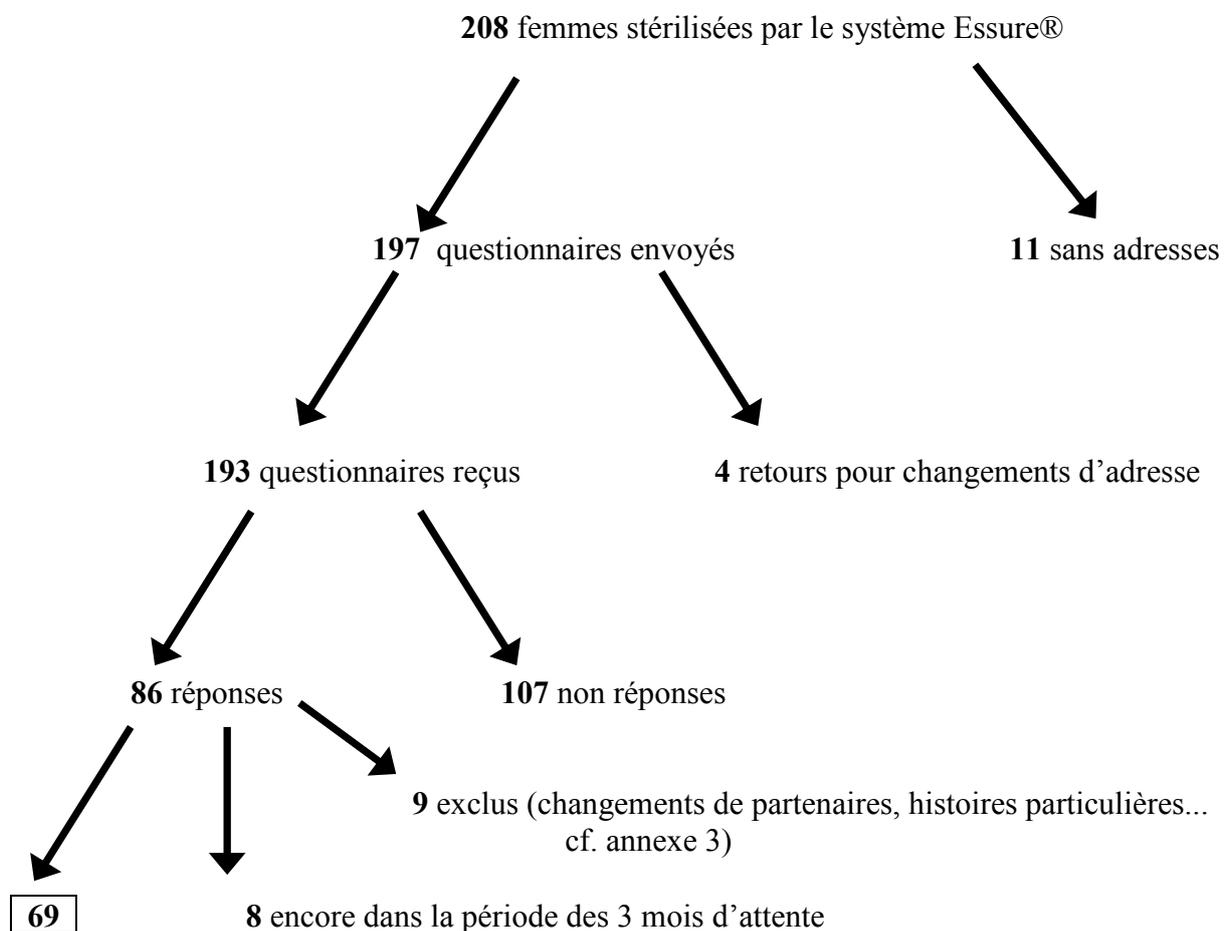
- déterminer si la stérilisation tubaire par le système Essure® apporte un changement au niveau de la sexualité féminine ;
- identifier quels éléments de la sexualité ont pu être modifiés et dans quel sens : amélioration ou détérioration.

1.2. Matériel et méthode

Un questionnaire anonyme (cf. annexe 1) a été adressé aux femmes ayant bénéficié d'une stérilisation tubaire par le système Essure®. Il a été accompagné d'une lettre informative sur le sujet et les objectifs de l'étude (cf. annexe 2), et comportait des questions sur leur sexualité avant l'intervention et sur leur sexualité après.

1.3. Population

Figure 5 : Inclusions et réponses des femmes



A noter qu'environ la moitié de ces patientes avaient déjà reçu un questionnaire envoyé par la société Conceptus en février 2006. Il nous a donc sembler utile d'envoyer un questionnaire qui ne soit pas trop long si nous voulions avoir assez de réponses pour notre étude.

1.4. Tests statistiques

Le recueil et l'analyse des données ont été effectués sur le logiciel EPI-DATA. Pour les comparaisons de moyennes appariées, nous avons utilisé le test de Wilcoxon, sous l'hypothèse que les graduations étaient proportionnelles. Pour les comparaisons de pourcentages nous avons utilisé le test de Mac Nemar.

Les différences observées sont considérées comme significatives quand $p < 0,05$.

2. Présentation des résultats

2.1. Description de la population

2.1.1. Age

La moyenne d'âge des 69 femmes est de **42,1 ans** \pm 3,4 (écart type). L'âge le plus fréquent lors du remplissage du questionnaire est de 42 ans (la médiane). La moyenne étant proche de la médiane, la répartition de l'âge de la population féminine est symétrique. La femme la plus jeune avait **34 ans** et la plus âgée **52 ans**.

Voici la répartition des âges de la population féminine :

Tableau III : Répartition des âges des patientes

Classes d'âges	Nombre	Proportion
< 40 ans	18	26,1%
40-44	33	47,8%
\geq 45 ans	18	26,1%
Total	100	100 %

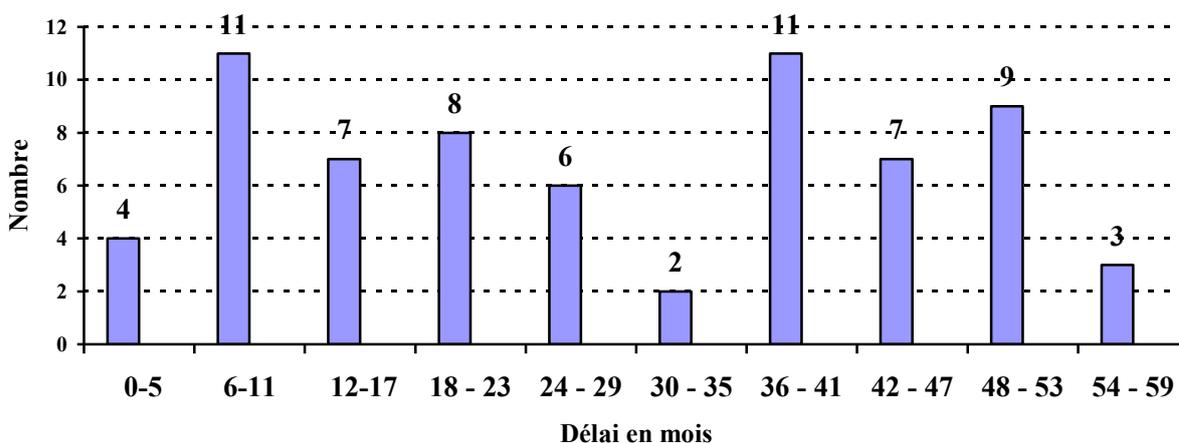
A noter que dans le questionnaire, on demandait simplement l'âge de la patiente, on ne sait donc pas si elles ont répondu leur âge à la réception du questionnaire ou bien au moment de l'intervention...

2.1.2. Délai depuis la stérilisation

Ce délai correspond au temps écoulé depuis la stérilisation jusqu'au remplissage du questionnaire. Dans le questionnaire il était demandé la date de l'intervention, puis nous avons réalisé le calcul de ce délai en mois. La moyenne de ce délai est de **28,2 mois** (écart type : 16,4). La médiane est de 26 mois, et les délais s'échelonnent de **4 mois à 4 ans et demi** (55 mois).

La figure ci-dessous montre la répartition des femmes en fonction du nombre de mois écoulés entre la stérilisation et le remplissage du questionnaire.

Figure 6 : Délai depuis la stérilisation



2.1.3. Moyen de contraception avant la stérilisation

Tableau IV : Contraception utilisée avant la stérilisation

Contraception	Pilule OP	Pilule μ -prog.	Stérilet	Préservatif	Spermicides	Implant	Anneau	Aucune	Total
Nombre	26	6	20	10	1	1	1	4	69
Pourcentage %	37,7	8,7	29	14,5	1,4	1,4	1,4	5,8	100

On constate qu'environ 1 femme sur 2 prenait la pilule avant la stérilisation, 1 sur 3 avait un stérilet et 1 sur 7 utilisait des préservatifs.

L'enquête COCON réalisé par l'INSERM et l'INED en 2000 nous apprend que dans la tranche d'âge des 35-49 ans, 30.6 % prennent la pilule, 28.6 % portent un stérilet et 6.4 % utilisent les préservatifs [112].

2.2. Comparaison : sexualité AVANT et APRES la stérilisation

2.2.1. Comparaison AVANT/APRES du nombre de rapports sexuels par mois

AVANT : Sur les 69 femmes 4 n'ont pas répondu à cette question. La moyenne est de **6,85** rapports sexuels (RS) par mois, avec une médiane à 6 RS par mois. Les résultats s'échelonnant de **0 RS à 20 RS** par mois

APRES : Sur les 69 femmes 7 n'ont pas répondu à cette question. La moyenne est de **8,2** RS par mois, avec une médiane à 8 RS par mois. Les résultats s'échelonnant de **1 RS à 20 RS** par mois.

DIFFERENCE : On observe en **moyenne** une **augmentation de 1,35 RS par mois** après la stérilisation, avec un écart type à 0,39.

Sur les **62** femmes qui ont répondu à ces 2 questions :

- Pour **56,5 %** : le nombre de R.S. par mois est **resté stable** (médiane = 0).
- Pour **33,9 %** : **augmentation** du nombre de R.S. avec un **maximum à + 12 RS**.
- Pour **9,7 %** : **diminution** du nombre de R.S. avec un **maximum à - 4 RS**.

De manière différente on peut dire qu'1 femme sur 2 a conservé la même fréquence de RS, 1 sur 3 l'a augmentée et 1 sur 10 l'a diminuée.

Ces différences sont significatives : $p = 0.00099$

2.2.2. Comparaison AVANT/APRES du degré de désir sexuel

AVANT : Le degré de désir est ressenti par les femmes comme important et très important dans 2/3 des cas. Les femmes «jeunes» (≤ 42 ans) sont celles qui répondent le plus souvent « important » ou « très important » (74.0 %) par rapport à la population des plus de 42 ans dont seulement 1 sur 2 répond dans ces catégories.

APRES : Suite à la stérilisation les femmes jeunes sont désormais 87.0 % à exprimer un désir important ou très important et les plus âgées 68.0 %. On observe donc une augmentation proportionnellement égale dans les 2 tranches d'âge.

Parmi les femmes qui ont signalé une augmentation de leur désir : 85.0 % ont évolué d'une case dans notre échelle et 15 % de 2.

Tableau V : Evolution de l'importance du désir sexuel

Degré ou intensité	Avant	Après	Différence Avant - Après
1- Nul	4,3 %	1,5 %	- 2,8 %
2- Faible	30,4 %	20,3 %	-10,1 %
3- Important	58,0 %	56,5 %	-1,5 %
4- Très important	7,2 %	21,7 %	+14,5 %
Total	100 %	100 %	--

* p = 0,008 (donc significatif)

Vu d'une autre manière, on peut dire que **68 %** des femmes ont un désir **identique**, **29 %** une **augmentation** du désir et **2.9 %** une **baisse**.

En considérant une moyenne de score de 1 à 4, le score avant stérilisation est de 2.7 ± 0.7 et après la stérilisation de 3.0 ± 0.7 (différence de +0.3 en faveur de la période « après », $p < 10^{-5}$).

2.2.3. Comparaison AVANT/APRES de la fréquence du désir sexuel

AVANT : 58 % des femmes jeunes déclarent éprouver du désir plus de 3 fois par semaine, contre 32 % des femmes de plus de 42 ans. Une femme sur 10 de plus de 42 ans ne ressent jamais ou presque jamais de désir (2 à 3 sur 100 chez les plus jeunes).

APRES : On note une augmentation du nombre de femmes avec un désir s'exprimant plus de 3 fois par semaine plus importante pour les femmes plus âgées : +26 %, contre +16 % chez les jeunes ; ce qui s'explique probablement par le fait qu'1 femme jeune sur 10 avait déjà atteint le maximum en répondant « tous les jours ».

69 femmes ont répondu à cette question. Pour **60,9 %** la fréquence du désir est restée **identique**, pour **35,8 %** il y a eu une **augmentation** et pour **4,3 %** une **diminution**.

En considérant une moyenne de score de 1 à 5 le score avant stérilisation est de 3.2 ± 1.0 et après la stérilisation de 3.6 ± 0.9 (différence de + 0.3 en faveur de la période « après », $p < 10^{-4}$).

Le tableau VI montre les réponses avant et après la stérilisation concernant le désir sexuel.

Tableau VI : Désir ou intérêt sexuel

Fréquence	Avant	Après	Différence Avant - Après
1- Presque jamais ou jamais	5.8 %	2.9 %	- 2.9 %
2- 1 à 3 fois par mois	18.8 %	11.6 %	- 7.2 %
3- 1 fois par mois	29.0 %	18.8 %	- 10.2 %
4- 2 à 3 fois par semaine	42.0 %	59.4 %	+ 17.4 %
5- Tous les jours	4.3 %	7.3 %	+ 3.0 %
Total	100 %	100 %	--

* $p < 0.011$ (donc significatif)

2.2.4. Comparaison AVANT/APRES de l'intensité de l'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport

Sur **69** femmes qui ont répondu à ces questions :

- Pour **65,2 %** : l'intensité de l'excitation sexuelle est **la même**
- Pour **30,4 %** : l'intensité de l'excitation est **augmentée**
- Pour **4,4 %** : l'intensité de l'excitation est **diminuée**
- **Aucune** n'a répondu « **Je n'ai pas eu d'activité sexuelle** »
- **Aucune** n'a répondu que l'intensité de l'excitation était « **nul** »

En considérant une moyenne de score de 1 à 4 le score avant stérilisation est de $3.0 \pm 0,6$ et après la stérilisation de 3.3 ± 0.7 (différence de + 0.3 en faveur de la période « après », $p < 10^{-5}$).

Tableau VII : L'excitation sexuelle

Intensité	Avant	Après	Différence Avant - Après
1- Nul	0 %	0 %	
2- Faible	21,7 %	11,6 %	- 10,1 %
3- Important	60,9 %	49,3 %	- 11,6 %
4- Très important	17,4 %	39,1 %	+ 21,7 %
Total	100 %	100 %	--

*p = 0,002 (donc très significatif)

On observe un pourcentage plus élevé de femmes qui déclare ressentir une excitation importante ou très importante (78 % avant et 88 % après) par rapport au pourcentage de femmes ressentant un désir important ou très important (65 % avant et 78 % après).

2.2.5. Comparaison AVANT/APRES de la fréquence de l'excitation sexuelle ressentie au cours d'une activité sexuelle ou d'un rapport

67 femmes ont répondu à cette question : pour **70,1 %** il n'y a **pas eu de changement** de la fréquence de l'excitation sexuelle, pour **23,9 %** il y a eu une **augmentation** et pour **6 %** une **diminution**. **Aucune** n'a répondu « **Je n'ai pas eu d'activité sexuelle** »

Tableau VIII : L'excitation sexuelle

Fréquence	Avant	Après	Différence Avant - Après
1- Presque jamais ou jamais	1.5 %	0 %	-1.5 %
2- Moins d'1 fois sur 2	13.2 %	5.9 %	- 7.3 %
3- Environ 1 fois sur 2	38.2%	35.2 %	- 3 %
4- A chaque fois	47 %	58.9 %	+ 11.9 %
Total	100 %	100 %	--

* p = 0,14 (donc non significatif ; pour que p soit calculable on a regroupé les classes « presque jamais ou jamais » et « moins d'1 fois sur 2 »)

En considérant une moyenne de score de 1 à 4 le score avant stérilisation est de 3.3 ± 0.8 et après la stérilisation de 3.5 ± 0.6 (différence de + 0.4 en faveur de la période « après », $p < 10^{-3}$).

2.2.6. Comparaison AVANT/APRES de la lubrification durant une activité sexuelle ou un rapport

68 femmes ont répondu à cette question. Toutes les femmes déclarent avoir eu une activité sexuelle. On constate que les femmes plus âgées (>42 ans) rencontrent plus de problèmes de lubrification, elles sont 26 % à juger leur lubrification impossible à très difficile avant la stérilisation, contre 11% chez les plus jeunes. Après la stérilisation 1 femme jeune sur 2 n'a plus de problème de lubrification, contre 1 sur 10 dans la tranche d'âge supérieur.

Tableau IX : Lubrification des organes génitaux

Lubrification	Avant	Après	Différence Avant - Après
1- Extrêmement difficile ou impossible	2.9 %	1.5 %	- 1.4 %
2- Très difficile	14.7 %	8.8 %	- 5.9 %
3- Pas difficile	47.1 %	38.2 %	- 8.9 %
4- Très facile	35.3 %	51.5 %	+ 16.2 %
Total	100 %	100 %	--

* p = 0,059 (donc non significatif)

De manière différente on peut dire que **69,1 %** n'ont pas ressenti **de changement** au niveau de la lubrification, **23,5 %** ont ressenti une **augmentation** et **7,4 %** une **diminution**.

Le score avant stérilisation est de 3.1 ± 0.6 et après la stérilisation de 3.4 ± 0.5 (différence de +0.3 en faveur de la période « après », p = 0.014).

2.2.7. Comparaison AVANT/APRES du degré de satisfaction de la relation sexuelle avec le partenaire

Parmi les 68 femmes qui ont répondu :

- Pour **73,5 %** : degré de satisfaction **identique**
- Pour **19,1 %** : **augmentation** de la satisfaction
- Pour **7,3 %** : **diminution** de la satisfaction
- **Aucune** n'a répondu « **Je n'ai pas eu d'activité sexuelle** »

Tableau X : Satisfaction du RS avec le partenaire

Satisfaction	Avant	Après	Différence Avant - Après
1- Très insatisfaite	4.4 %	1.5 %	- 2.9 %
2- Modérément insatisfaite	1.5 %	5.9 %	+ 4.4 %
3- A peu près autant satisfaite que non satisfaite	14.7 %	7.3 %	- 7.4 %
4- Modérément satisfaite	27.9 %	17.7 %	-10.2 %
5- Très satisfaite	51,5 %	67.7 %	+ 16.2 %
Total	100 %	100 %	--

*p = 0,043 (donc juste significatif)

On observe que les femmes très insatisfaites ou modérément insatisfaites sont en proportions égales dans les deux tranches d'âges avant la stérilisation. Après l'intervention ce taux a doublé pour les femmes jeunes, alors qu'il a diminué de moitié pour les plus de 42 ans. En considérant une moyenne de score de 1 à 5 le score avant stérilisation est de 5.0 ± 1.4 et après la stérilisation de 5.3 ± 1.3 (différence de + 0.3 en faveur de la période « après », $p = 0.045$).

2.2.8. Comparaison AVANT/APRES de la fréquence des orgasmes lors d'une stimulation sexuelle ou un rapport

66 femmes ont répondu, toutes ont dit avoir eu une activité sexuelle. Pour 72,7 % la fréquence des orgasmes n'a **pas changé**, pour 19,7 % il y a eu une **augmentation** et pour 7,6 % une **diminution**.

Tableau XI : Orgasmes

Fréquence	Avant	Après	Différence Avant - Après
1- Presque jamais ou jamais	1.5 %	0 %	-1.5 %
2- Rarement (moins d'une fois sur 2)	13.6 %	12.1 %	-1.5 %
3- Quelquefois (environ 1 fois sur 2)	15.2 %	6.0 %	- 9.2 %
4- La plupart du temps (plus d'1 fois sur 2)	31.8%	34.9 %	+ 3.1 %
5- Presque tout le temps ou tout le temps	37.9%	47.0 %	+ 9.1 %
Total	100 %	100 %	--

* $p = 0,16$ (donc non significatif ; en regroupant les classes « presque jamais.. » et « rarement... » pour permettre le calcul)

Si l'on regroupe les 5 possibilités de réponses en 2 groupes : moins d'1 fois sur 2 (1+2) et au moins 1 fois sur 2 (3+4+5), on remarque que pour les femmes jeunes il n'y a eu aucun changement entre avant et après la stérilisation : 8 % déclarent avoir moins d'un orgasme sur 2 relations sexuelles et 92 % au moins un orgasme sur 2 relations. Cependant si l'on regarde plus en détail on observe que 8 % des femmes qui avaient répondu « quelquefois », ont expérimenté plus d'orgasmes à la suite de l'intervention : +3 % pour « la plupart du temps » et +5 % pour «presque tout le temps ou tout le temps ».

La seule femme, qui avait répondu n'avoir jamais ou presque jamais d'orgasmes avant la stérilisation, a désormais « presque tout le temps ou tout le temps » des orgasmes ! Il s'agit d'une femme de 45 ans qui utilisait une contraception par préservatif, stérilisée depuis 6 mois et qui est passé de 1 RS par mois à 1 par semaine, tous les critères ont été augmentés, en particulier la lubrification qui est passée d'« extrêmement difficile ou impossible » à « très facile » et les dyspareunies dont la fréquence est passée de « la plupart du temps » à « presque jamais ou jamais ».

En considérant une moyenne de score de 1 à 5 le score avant stérilisation est de 3.9 ± 1.1 et après la stérilisation de 4.2 ± 1.0 (différence de + 0.3 en faveur de la période « après », $p = 0.02$).

2.2.9. Comparaison AVANT/APRES des sensations désagréables ou des douleurs pendant la pénétration vaginale

68 femmes ont répondu. **70,6 %** n'ont pas signalé de modifications, **20,6 %** ont signalé une diminution des dyspareunies et **8,8 %** une augmentation. Aucune n'a répondu « Je n'ai pas essayé d'avoir un rapport sexuel »

Tableau XII : Dyspareunies

Fréquence	Avant	Après	Différence Avant - Après
1- Presque jamais ou jamais	51.5 %	63.2 %	+11.7%
2- Rarement (moins d'une fois sur 2)	33.8 %	27.9 %	-5.9 %
3- Quelquefois (environ 1 fois sur 2)	4.4 %	5.9 %	+1.5 %
4- La plupart du temps (plus d'1 fois sur 2)	7.4 %	2.9 %	-4.5 %
5- Presque tout le temps ou tout le temps	2.9 %	0 %	-2.9 %
Total	100 %	100 %	--

*p = 0.247 (donc la différence est non significative ; en regroupant les classes « presque tout le temps... » et « la plupart du temps »)

En regroupant les dyspareunies moins d'une fois sur 2 (1+2) et au moins une fois sur 2 (3+4+5) on remarque que les proportions sont identiques dans les deux tranches d'âges. Les dyspareunies survenant au moins 1 fois sur 2 ont diminué de 6%, pratiquement 1 femme sur 3 n'en souffre jamais ou presque jamais, presque 1 sur 3 en souffre rarement et aucune n'en souffre presque tout le temps ou tout le temps.

Les 2 femmes qui avaient déclaré être gênées « presque tout le temps ou tout le temps » ont toutes les 2 répondu n'avoir « jamais ou presque jamais » ce type de désagrément ensuite.

En considérant une moyenne de score de 1 à 5 le score avant stérilisation est de 1.8 ± 1.0 et après la stérilisation de 1.5 ± 0.7 (différence de + 0.3 en faveur de la période « après », p = 0.04).

2.2.10. Les commentaires libres

68 % des femmes de cette étude ont écrit un commentaire (cf. Annexe 3) :

- **40 %** d'entre elles soulignent le fait qu'elles sont « **satisfaite(s)** », « **très satisfaite(s)** », « **très contente(s)** »...de leur stérilisation par le système Essure®. Une seule patiente ne semble pas satisfaite du procédé (douleur post-intervention, fatigue, sortie rapide, absence de contrôle à 3 mois) ;
- **34 %** affirment que l'intervention n'a **pas eu de conséquence** sur leur sexualité ;
- **21 %** soulignent une **amélioration de leur sexualité** après l'intervention, aucune n'a signalé de détérioration. Pouvant expliquer cette amélioration : 17 % expriment leur soulagement par rapport à la **Crainte d'une grossesse**, et 17 % par rapport à la **libération d'une contrainte contraceptive**.
- **8 %** se plaignent de **règles plus douloureuses, plus abondantes, d'une irrégularité des cycles**... (3 femmes prenaient la pilule, 1 utilisait l'anneau vaginal et 1 avait un stérilet) alors que **4 %** signalent au contraire des **règles moins abondantes et plus courtes** (femmes avec stérilet au cuivre auparavant).
- Une femme signale une diminution des douleurs pendant les rapports après l'intervention, au contraire une autre signale une sensation de gêne sur le côté gauche, et enfin une autre un « ventre plus sensible » accompagné d'une « douleur acceptable » après RS.

2.3. Résumé des réponses

On constate que la période après la stérilisation correspond à une amélioration significative dans les domaines suivants : fréquence des RS, degré et fréquence du désir (tableau III et IV), intensité de l'excitation (tableau V) et satisfaction (tableau VIII).

Par ailleurs on remarque que dans tous les domaines en moyenne cette amélioration est significative (test de Wilcoxon).

Le tableau suivant présente la tendance générale d'évolution de la sexualité :

Tableau XIII : Evolution moyenne dans chaque domaine, exprimée en %

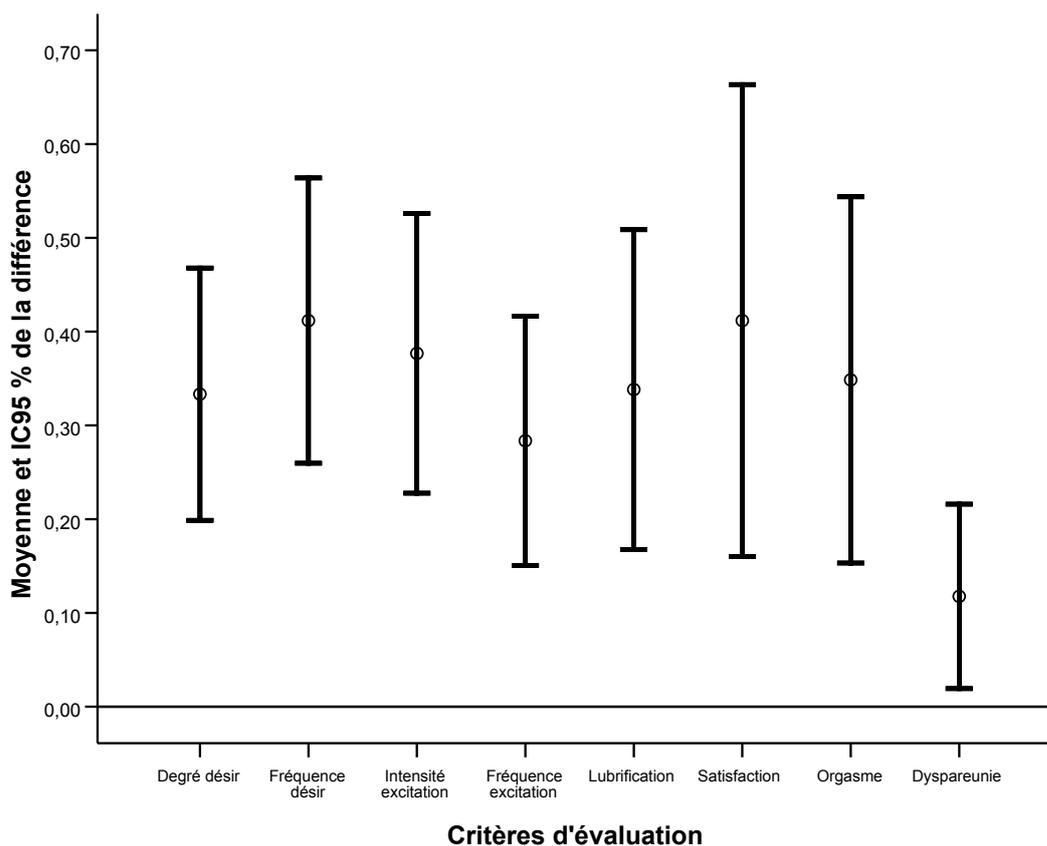
	Nombre de RS	Degré désir	Fréq désir	Degré excitation	Fréq excitation	Lubri.	Satisf.	Orgasm.	Dysp.	Moyenne globale
Identique	56,5	68,1	60,9	65,2	70,1	69,1	73,5	72,7	70,6	67,4
Améliorée	33,9	29,0	35,8	30,4	23,9	23,5	19,1	19,7	20,6	26,2
Altérée	9,7	2,9	4,3	4,4	6	7,4	7,3	7,6	8,8	6,5

L'amélioration de la vie sexuelle a été particulièrement marquée pour la fréquence du désir (36%) et la fréquence des RS (34 %). Quant à la réduction du comportement sexuel, il y a eu une diminution de fréquence sexuelle dans 10 % des cas et une augmentation des dyspareunies dans 9 %.

Sur la figure 7 le point indique la moyenne de la différence (après - avant). Les traits représentent l'intervalle de confiance à 95 % de cette différence. Ces écarts ne comprennent pas zéro, la différence est donc significativement différente de zéro.

On observe ici qu'en moyenne les **changements au niveau des dyspareunies sont peu importants**, puis dans l'ordre croissant : la fréquence de l'excitation, le degré de désir, la lubrification, la fréquence des orgasmes, l'intensité de l'excitation et enfin avec les **différences avant-après les plus importantes : la fréquence du désir et la satisfaction.**

Figure 7 : Moyenne de différences des critères avant et après



2.4. Relations entre les différents domaines de réponses

- L'analyse des données de notre étude nous a permis de mettre en évidence que le **fréquence du désir et de l'excitation sexuelle** était corrélée négativement à l'**âge** des femmes ($r = -0.24$ et $r = -0.25$; $p < 0.05$). De même la **lubrification** semble être d'autant plus difficile que la femme vieillit ($r = -0.27$; $p < 0.03$).
- Il n'a pas été mis en évidence de corrélation entre l'évolution des différents critères d'évaluation de la sexualité et le temps qui s'est écoulé depuis la stérilisation.

Le tableau XIV montre les coefficients de corrélation **significatifs** entre tous les critères.

Tableau XIV : Corrélation entre l'évolution AVANT/APRES des différents items d'évaluation de la sexualité

	Deg désir 1	Deg désir 2	Fréq désir 1	Fréq désir 2	Inten excit 1	Inten excit 2	Fréq excit 1	Fréq excit 2	Lubr 1	Lubr 2	Satisf 1	Satisf 2	Orgas 1	Orgas 2	Dysp 1
Degré désir 2															
Fréq désir 1	.60** .0001														
Fréq désir 2	.37** .002	.53** .0001	.64** .0001												
Inten excit 1	.52** .0001		.50** .0001	.26* .030											
Inten excit 2	.28* .019	.57** .0001		.52** .0001	.38** .001										
Fréq excit 1	.33** .006		.41** .001		.50** .0001										
Fréq excit 2		.31* .011		.33** .007		.47** .0001	.66** .0001								
Lubri 1	.29* .018		.25* .042		.39** .001		.26* .036								
Lubri 2		.40** .001				.51** .0001		.30* .015	.52** .0001						
Satisf 1	.42** .0001		.27* .027		.47** .0001		.38** .002		.25* .039						
Satisf 2		.37** .002		.38** .001		.39** .001		.33** .007			.65** .0001				
Orgas 1	.44** .0001		.37** .002	.24* .048	.47** .0001		.63** .0001	.42** .0001	.28* .021		.58** .0001	.25* .045			
Orgas 2		.38** .002		.41** .001		.50 .0001	.41** .001	.66** .0001		.24** .008	.28* .022	.53** .0001	.68** .0001		
Dysp 1	-.25* .038									-.36** .003		-.36** .002		-.29* .018	
Dysp 2												-.28* .019			.51** .0001

• Deg désir= degré du désir ; fréq désir= fréquence du désir ; inten excit= intensité de l'excitation ; fréq excit= fréquence de l'excitation ; lubri= lubrification ; satisf= satisfaction du RS avec le partenaire ; orgas= fréquence des orgasmes ; dysp= dyspareunies

• 1= Avant la stérilisation ; 2 = Après la stérilisation

• * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.001$

• la corrélation est considérée comme d'intensité moyenne si r se situe entre 0.2 et à 0.5 ; elle considérée comme forte entre 0.5 et 0.8 (chiffres en gras dans le tableau).

Il existe entre la plupart de ces éléments de la sexualité des corrélations significatives :

- Les critères **degré et fréquence du désir, intensité et fréquence de l'excitation, lubrification, satisfaction et fréquence des orgasmes AVANT** la stérilisation sont tous en relation les uns avec les autres.
- Les critères **degré et fréquence du désir, intensité et fréquence de l'excitation, satisfaction et fréquence des orgasmes APRES** la stérilisation sont tous liés.
- On constate que les **dyspareunies avant l'intervention** sont corrélées à un **bas niveau du degré de désir** ($r=-0,25$), de **lubrification** ($r=-0,36$), de fréquence **des orgasmes** ($r=-0,29$) et de **satisfaction** ($r=-0,36$). En ce qui concerne les **dyspareunies post-stérilisation** ont a mis en évidence un lien seulement avec la **satisfaction** de la relation ($r=-0,28$).
- De même on observe AVANT la stérilisation qu'une facilité de **lubrification** est liée à de forts taux (en intensité et en fréquence) de **désir et d'excitation** ($r=0,25$ à $0,29$), et qu'elle correspond à une fréquence d'autant plus élevée d'**orgasmes** ($r=0,28$), à une meilleure **satisfaction** ($r=0,25$), mais à un moindre taux de **dyspareunies** ($r=-0,36$). En revanche APRES l'intervention la **lubrification** ne semble plus en relation qu'avec le degré de **désir et d'excitation** ($r=0,40$ et $r=0,51$) et la fréquence des **orgasmes** ($0,24$).

Si l'on tient compte de l'importance du coefficient de corrélation r , on peut dire que :

- La **fréquence et l'intensité du désir** sont fortement liés ($r_1 = 0,60$; $r_2 = 0,53$), de même que la **fréquence et l'intensité de l'excitation** ($r_1 = 0,50$; $r_2 = 0,47$) ;
- Avant et après la stérilisation, la **satisfaction** est fortement liée à la **fréquence des orgasmes** ($r_1 = 0,58$; $r_2 = 0,53$) elle-même en grande relation avec la **fréquence de l'excitation** ($r_1 = 0,63$; $r_2 = 0,66$) ;
- De même le **désir** (degré et fréquence) et **l'intensité de l'excitation** évoluent majoritairement ensemble (avant et après) ($r = 0,50$ à $0,57$) ;
- Après la stérilisation la **lubrification** est principalement en relation avec **l'intensité de l'excitation** ($r = 0,51$) ;
- Après l'intervention, une fréquence élevée d'**orgasmes** et une facilité de **lubrification** sont en forte correspondance avec une **excitation** intense ($r = 0,50$).

Toutes ces mesures de corrélation ne permettent pas de déterminer quel phénomène en premier agit sur l'autre. Est-ce que les dyspareunies, par la gêne qu'elles occasionnent finissent par entraîner une baisse de désir et de lubrification, ou encore une insatisfaction de la relation avec le partenaire n'entraîne-t-elle pas plutôt une diminution du désir et de la lubrification, qui serait alors la cause de ces pénétrations désagréables ?

Si cette analyse nous a permis de mettre en évidence nombre de relations entre ces différentes variables et d'estimer le degré de ces relations, il reste néanmoins une certaine difficulté dans l'interprétation précise de ces résultats et il est difficile d'établir précisément les liens de cause à effet entre elles.

3. Discussion

3.1. Les différents biais de cette étude

3.1.1. Biais de population, biais lié à la participation

Il est probable que les femmes qui ont répondu à ce questionnaire sont celles pour qui parler de sexualité ne pose pas vraiment de problème et qui peut-être attachent plus d'importance à ce sujet. Dans son analyse de neuf études portant sur le biais lié à la participation, effectué entre 1956 et 1985, Morokoff conclut que, bien que les personnes qui se prêtent à des études sur la sexualité ne soient pas différentes de celles qui s'y refusent, sur les plans des caractéristiques générales de la personnalité ou de la psychopathologie, on observe que les participants, si on les compare à ceux qui refusent de participer, sont plus libéraux, plus permissifs et plus curieux sur le plan de la sexualité, affichent une attitude plus positive envers le matériel érotique et sont plus en faveur de la recherche sur la sexualité [113].

Par ailleurs selon le groupe ACSF (analyse des comportements sexuels en France), la première raison d'abandon dans ce style d'étude est la longueur du questionnaire, et le thème de l'enquête ensuite [114].

3.1.2. Délai de réponse

Le délai de réponse par rapport à l'intervention s'échelonne de 4 mois à 4 ans et demi, il y a donc certainement plus d'erreur de mémoire pour les patientes stérilisées il y a plus longtemps.

3.1.3. Biais de réponses

Ce biais peut être du à :

- une mauvaise compréhension ou interprétation des questions de la part des femmes
- un manque d'intérêt porté au sujet, un remplissage trop rapide sans réflexion suffisante

De plus notre échantillon manque peut être de puissance expliquant que nous n'avons pas toujours pu mettre en évidence des différences statistiquement significatives entre les différentes données.

3.1.4. Biais lié à l'auto-évaluation, et à la fiabilité des réponses

Il était important que les femmes aient su qu'il s'agissait d'une enquête strictement anonyme. Dans cette étude on peut bien entendu s'interroger sur la sincérité et la fiabilité des réponses obtenues. Les informations recueillies ne sont que des déclarations.

Par ailleurs, dans d'autres études, quand on interroge les individus sur la fréquence à laquelle ils ont des RS, on obtient des réponses somme toute assez vraisemblables : cohérence entre hommes et femmes, et diminution des fréquences déclarées avec la durée de l'union. Pourtant les déclarations sur ce thème ne sont pas nécessairement fiables. Ne peut-on pas soupçonner chez les individus une volonté de se rapprocher d'une fréquence idéale, à la façon des personnes qui annoncent leur poids optimal plutôt que leur poids réel ?

Pour évaluer l'exactitude de ses déclarations, H. Leridon [115] a entrepris de comparer l'ancienneté déclarée du dernier rapport, et la fréquence habituelle du rapport. La comparaison montre une bonne cohérence entre ces deux formes de réponses. Mais on ne peut pas écarter la possibilité que les 2 questions aient conduit au même type de biais, une légère « normalisation vers le haut » des déclarations.

3.2. Les différentes tendances émanant de notre étude et leur comparaison avec la littérature

Bien que le nombre des publications médicales soit en nette augmentation sur la sexualité féminine, les études publiées privilégient souvent le dysfonctionnement sexuel à la compréhension de la sexualité féminine.

Et lorsqu'il s'agit d'une description de la vie sexuelle, on se rapproche vite d'une quantification de la sexualité au risque d'instituer de nouvelles règles. La production de statistiques peut édifier en norme sociale la loi du plus grand nombre. L'être humain éprouve le besoin de connaître les gestes de la vie privée de ses semblables en grande partie pour vérifier sa « normalité ». Certains chercheurs affirment que Kinsey, Masters et Johnson ont standardisé la sexualité des générations futures en leur imposant la norme de l'orgasme.

Quoi qu'il en soit, la comparabilité des données des enquêtes sur la sexualité reste limitée et délicate, d'autant plus qu'une certaine suspicion demeure à l'encontre de la fiabilité des réponses. Chacun ayant tendance à produire une image de sa vie sexuelle proche de ce qu'il pense être la norme sociale.

En France on compte trois grandes enquêtes nationales sur les comportements sexuels des français : l'enquête Simon en 1970, l'enquête ACSF en 1992, et enfin l'enquête CSF sur le « Contexte de la Sexualité en France » dont les premiers résultats viennent d'être rendus publics [116].

3.2.1. La fréquences des rapports

*Il a été mis en évidence en moyenne une augmentation de **+1,35 RS** par mois après la stérilisation, avec une moyenne avant l'intervention à **6,8** et après à **8,2 RS** par mois.*

D'après l'enquête ACSF [114], l'activité sexuelle masculine s'accélère jusqu'à 44 ans, légèrement réduite dans les dix années suivantes, elle est divisée par deux à partir de 55 ans tandis que les femmes atteignent plus rapidement la fréquence maximale, mais le déclin se fait sentir un peu plus tôt, à partir de 45 ans.

Tableau XV : Fréquence des rapports au cours des quatre dernières semaines, par sexe et par âge

Age à l'enquête	Nombre moyens de rapports HOMMES	Nombre moyens de rapports FEMMES
18-19 ans	4,6	7,2
20-24 ans	8,1	8,1
25-34 ans	9,4	8,7
35-44 ans	9,6	8,1
45-54 ans	8,5	6,1
55-69 ans	4,8	4,0

Source : enquête ACSF [114-117] (Leridon, 1993)

*Dans notre étude dans la tranche d'âge **34-44 ans** le nombre de RS était de **7,2 avant** et **8,7 après**, et chez les **45-52 ans** : **6,1 avant** et **7,1 après**.*

Dix ans après l'enquête ACSF, une étude [118] réalisée par questionnaire téléphonique auprès de 1003 sujets (483 hommes et 519 femmes) âgés de **plus de 35 ans**, en France, a permis une analyse des comportements sexuels et des perceptions mentales, de la satisfaction et des attentes concernant leur vie sexuelle. Il en ressort que la fréquence moyenne des rapports sexuels est de **6,4** pour les femmes.

Les données sur la fréquence des rapports sexuels obtenues dans les enquêtes françaises (Simon, ACSF) ou nord-américaines semblent assez fiables et établissent aux alentours de **8** le nombre moyens de rapports mensuels [117].

Enfin selon la récente enquête CSF parmi les personnes qui ont actuellement un partenaire sexuel, la fréquence des rapports est de **8,7** rapports par mois (identique pour les femmes et les hommes) [116].

Ces moyennes masquent une grande variabilité selon :

- l'âge,
- la durée de l'union,
- la précocité sexuelle (qui détermine l'ensemble de la vie sexuelle, phénomène mis au jour par Kinsey et confirmé par toutes les études)
- ou encore le sentiment amoureux.

*En ce limitant à l'observation de la tranche d'âge qui nous intéresse, c'est-à-dire les 35-44 ans, on observe que les femmes de notre étude semblent assez représentatives de la population générale du même âge (avec une différence de **-0,3 RS** par mois par rapport à l'enquête ASCF, de **+0,4** par rapport à l'étude réalisée en 2003). Après la stérilisation, elles signalent environ **1 à 1,8 RS supplémentaire par mois** par rapport à la population générale.*

Une étude [119] basée sur un questionnaire rétrospectif remplis entre 1988 et 1991 par 308 femmes portugaises ayant bénéficié d'une ligature des trompes révèle que **la fréquence coïtale était augmentée ou identique dans 98 % des cas** (dans notre étude : 90 %).

Les études sur la ligature des trompes conduites aux Etats-Unis et en Europe ne rapportent **pas d'impact sur la fréquence des RS ou une amélioration significative à court terme de la fréquence des coïts** [120].

3.2.2. Le désir ou intérêt sexuel

L'étude de Saraiva et al. [119] révèle également que l'intérêt sexuel après stérilisation tubaire était **augmenté ou identique dans 85,3 % des cas**. *Dans notre étude : le degré et la fréquence de l'intérêt sexuel sont augmentés ou identiques dans 97 % des cas.*

D'après Costello et al. [120] les études interrogeant sur le changement au niveau du désir sexuel rapportent :

- une **augmentation** chez **21 à 25 %** des femmes ;
- une **baisse du désir** chez moins de **2 à 5 %**.

Les résultats de cette étude montrent que :

- **80,0 %** éprouvent le **même** intérêt sexuel ;
- **18,3 %** signalent une augmentation ;
- **1,7 %** rapportent une diminution de l'intérêt sexuel.

Dans notre étude on observe :

- *un désir identique dans **68 %** (intensité) à **60,9 %** (fréquence) des cas ;*
- *une augmentation dans respectivement **29,0** et **35,8 %** des cas ;*
- *une baisse dans **2,9** et **4,3 %** des cas.*

Une autre étude publiée en 1980 [121] a tenté d'expliquer les changements du désir sexuel suivant une stérilisation. 713 hommes et femmes ont répondu à un questionnaire avant la procédure et 224 six mois après : dans chaque couple l'un des deux avait été stérilisé. Les auteurs avaient émis 3 hypothèses pour expliquer l'augmentation du désir :

- 1) **La peur d'une grossesse** : on aurait une amélioration du désir de R.S. pour les hommes et les femmes stérilisées ou dont le conjoint a été stérilisé ;
- 2) **L'hypothèse compensatrice** : on aurait une augmentation du désir sexuel seulement pour les stérilisés ;
- 3) **L'hypothèse de la spécificité du genre** : les effets de la stérilisation dépendent du genre (l'homme ou la femme) qui a été stérilisé.

La conclusion de cette étude est que **l'effet de la stérilisation sur le désir varie si c'est l'homme ou la femme qui a été stérilisé**. L'hypothèse de la spécificité du genre prédisant que l'effet de la stérilisation chez les femmes va probablement moins vers une amélioration du désir, est soutenu par les résultats. Les femmes stérilisées rapportent moins souvent une amélioration du désir que les femmes dont c'est le mari qui a été stérilisé, ce qui correspond bien à l'idée que **la stérilisation chirurgicale peut entraîner un plus grand nombre de traumatismes physiques pour les femmes que les hommes**.

*Pour conclure, globalement il a été mis en évidence dans nos résultats, **une plus grande part de changements** du niveau de désir sexuel. Notons que notre étude ne peut être comparée pour l'instant qu'à des études concernant les méthodes de stérilisation tubaire autre que par le système Essure® et que ces méthodes sont très probablement plus traumatiques physiquement que la méthode hystéroscopique.*

*Par ailleurs ne peut on pas évoquer l'existence d'une sorte **d'effet Hawthorne** [122]? Ce phénomène bien réel en recherche, susceptible de constituer un biais supplémentaire, correspond à une modification des résultats d'un patient liée au fait qu'il participe à une étude. Cet effet tend à faire observer, chez les participants à une recherche, des résultats exagérément positifs ou négatifs, car conscients de participer à une étude et d'être l'objet d'une attention spéciale, les participants modifient leurs réponses. Le portrait dépeint est donc sensiblement différent de la réalité.*

3.2.3. La satisfaction sexuelle

D'après l'enquête ACSF [114] : **48 %** des femmes se disent « **très satisfaite** » de leur vie sexuelle actuelle. Le degré de satisfaction **baisse après 45 ans**.

Tableau XVI : " Est-ce que vous êtes satisfaite de votre vie sexuelle actuelle ?"

	Très satisfaite	Assez satisfaite	Peu satisfaite	Pas satisfaite du tout
35-44 ans	50 %	36	10	4
45-54 ans	47	40	4	9

Source : enquête ACSF [114-117], 1992

La question n°10 interroge les femmes sur le «degré de satisfaction de votre relation sexuelle avec votre partenaire».

- Pour la tranche d'âge des 34-44 ans : **56 %** avant et **74 %** après se disent **très satisfaites** et **4% et 2 % très insatisfaites**,
- Pour la tranche d'âge de 45-52 ans : **39** et **47%** se disent **très satisfaites**, **6 et 0 % très insatisfaites**,

Ces chiffres correspondent assez bien à ceux de l'enquête ACSF. Notons qu'après la stérilisation +24 % de femmes sont très satisfaites par rapport aux femmes de la population générale.

L'étude de Saraiva et al. [119] basée sur un questionnaire, et portant sur 308 femmes portugaises ayant bénéficié d'une ligature des trompes révèle que la **satisfaction sexuelle était augmentée ou identique dans 98 % des cas ; tandis que dans notre étude elles sont : 93 % à répondre ainsi.**

Costello et al. [120] signalent que

- **l'amélioration de la satisfaction sexuelle** a été rapportée entre **6 et 55 % ;**
- tandis que **0 à 7 %** rapporte une **détérioration.**

Nos chiffres sont de **19,1 % d'amélioration et 7,3 % de détérioration.**

En 2003 des questionnaires standardisés ont été remis à 361 femmes chinoises de Honk Kong avant la mise en place d'une contraception, puis 3-4 mois après pour évaluer les éventuels changements concernant la qualité de vie [score WHOQOL : World Health Organization Quality Of Life] et la fonction sexuelle de ces femmes [score DSFI : Derogatis Sexual Functioning Inventory] [49].

Les résultats montrent que les pilules, les injections de progestatifs, les DIU et la stérilisation féminine n'ont **pas d'effets adverses significatifs** sur la qualité de vie et la fonction sexuelle. Mais on remarque qu'**après une stérilisation féminine, il y a une amélioration significative de la satisfaction sexuelle et du « sexual drive » (p=0,003), ainsi qu'une amélioration dans le domaine social (p=0,009).** Les autres critères de DSFI et de WHOQOL n'étaient pas significativement différents. Il n'y avait pas non plus de différence significative après les autres types de contraception.

Cette étude s'est également intéressée aux **perturbations menstruelles** causées par les différentes méthodes contraceptives qui sont des facteurs qu'on peut penser affectant la qualité de la vie et la sexualité. Ce sont la pilule, les progestatifs injectables et les DIU qui causent des perturbations significatives alors que **pas la stérilisation.**

L'auteur émet l'hypothèse que l'amélioration de la satisfaction et de la qualité de vie serait du à la **réduction de la peur d'une grossesse non désirée.** La stérilisation réduit ce stress et **améliore l'expérience sexuelle** de par son **absence de contrainte de compliance** et par la **permanence et la fiabilité de la méthode.** Cette hypothèse est en total accord avec les commentaires des femmes ayant répondu à notre questionnaire.

Une autre étude publiée en 1999 [123] s'est intéressée à la satisfaction de 1303 femmes au sujet de leur contraception actuelle ou passée (elles répondaient pour chaque méthode qu'elles avaient utilisées). Au final on observe que la satisfaction est plus élevée avec la stérilisation (92 % des utilisatrices) suivi de la contraception orale (68 %), des DIU (59 %), des méthodes naturelles (43 %) et des préservatifs (30 %). **La CO, les DIU et la stérilisation ont eu un impact positif sur la vie sexuelle, tandis que les préservatifs avaient souvent un impact négatif.**

Kelley [124] indique que la **corrélation entre satisfaction sexuelle et fréquence d'activité sexuelle** pourrait suggérer que ces personnes soient satisfaites plus simplement parce qu'ils pratiquent plus souvent l'activité sexuelle ou parce que les partenaires sont proches et vivants dans une agréable harmonie. Les conclusions, confirmées par d'autres études [106-107] reflètent que la **fréquence d'activité sexuelle a un impact sur la satisfaction et la satisfaction a un impact sur la fréquence.**

Renaud [125] a également noté que la **constance orgasmique** était présente comme un index de satisfaction sexuelle dans la plupart des études [104-105].

3.2.4. L'orgasme

D'après le rapport SIMON [117] lors d'une RS 1 femme sur 10 n'arrive pas à l'orgasme.

D'après l'enquête ACSF [114-117], sur un échantillon représentatif de la population générale, c'est par la pénétration vaginale que les femmes parviennent avec le plus de facilité à l'orgasme : **23 % « toujours », 55 % « plutôt facilement »** et 22 % d'autres réponses. Ces pourcentages sont, respectivement, de 15 % et 53 % quand elles sont masturbées par leurs partenaires, de 15 % et 42 % quand leurs partenaires leur font un cunnilingus et de 4 % et 17 % en cas de pénétration anale.

D'après l'enquête CSF [116], interrogées sur les difficultés rencontrées dans leur sexualité, les femmes déclarent dans **7,4%** des cas avoir **souvent** (et **28,9% parfois**) des **difficultés à atteindre l'orgasme**, cette difficulté étant rapportée plus fréquemment à la fois par les femmes les plus jeunes et par les plus âgées.

*Notons simplement que dans notre étude les femmes parviennent à l'orgasme « presque tout le temps ou tout le temps » dans **38 %** des cas avant la stérilisation à **47 %** après la stérilisation, et « la plupart du temps » dans **32 %** avant la stérilisation à **35 %** après la stérilisation.*

La question de l'orgasme étant posée de manière sensiblement différente d'une étude à l'autre il est difficile de comparer avec précision tous ces résultats.

3.2.5. Tendances générales

A ce jour il n'y a eu aucune autre étude s'intéressant à l'impact sur la sexualité de la stérilisation par le système Essure®. Cependant le laboratoire Conceptus qui commercialise les dispositifs, dans son questionnaire de 2006 « LES FEMMES ET ESSURE® », a posé la question suivante :

« Depuis que le système Essure® est votre seul moyen de contraception (après le contrôle des 3 mois), votre sexualité s'est-elle modifiée ?

- Elle est identique

- Elle est améliorée, si oui pourquoi ?.....

- Elle est altérée, si oui pourquoi ?..... »

Sur une population de 702 femmes françaises qui ont renvoyé le questionnaire, 662 ont répondu à cette question [126]:

- **65 %** on répondu « identique »,
- **33 %** « améliorée »,
- **1 %** « altérée ».

Si l'on fait une moyenne de tous les résultats obtenu dans les différents domaine sur lesquels nous avons interrogé les femmes dans notre étude, on remarque des chiffres assez proches :

- **67 %** identique,
- **26 %** améliorée,
- **6,5** altérée.

Comme dans toutes les études citées précédemment on trouve toujours un pourcentage de « femmes signalant une altération », inférieur à nos chiffres.

Les raisons évoquées pour l'amélioration sont :

- absence de risque de grossesse /libération (2 femmes sur 3)
- absence de contrainte de contraception (15% des femmes)
- absence de règles en dehors du cycle
- libido retrouvée
- absence de préservatif
- arrêt des hémorragies
- plus aucune douleur ventre/tête
- plus aucune infection
- plus de désir

Les raisons évoquées pour l'altération sont :

- sécheresse vaginale
- contrôle 3 mois en cours
- le mari
- irrégularité cycle
- douleurs/hystérectomie
- jouissance
- manque de désir/sensation

L'étude prospective de Costello et al. réalisée entre 1978 et 1983 [120] a eu pour objectif de déterminer si la stérilisation tubaire apportait un changement de l'intérêt et du plaisir sexuel féminin et d'identifier les indices d'un effet positif ou négatif. Les résultats sont les suivants : **80 %** des 4576 femmes n'ont reporté **aucun changement** aussi bien au niveau du **désir** (80,0%) que leur **plaisir** (81,7%) après une stérilisation tubaire.

Une étude publiée en 1999 [127] s'est intéressée aux **conséquences à long terme de la stérilisation tubaire sur la vie des femmes**. Des brésiliennes vivant dans l'état de Sao Paulo âgées de 30 à 49 ans ont été interviewé, dont 236 stérilisées depuis moins de 5 ans, et 236 femmes non stérilisées. La satisfaction de la méthode contraceptive utilisée était **significativement plus grande pour la stérilisation** bien qu'elles expriment plus fréquemment un sentiment de regrets d'avoir été stérilisées. Plus de femmes stérilisées signalent que cette méthode de contraception **a amélioré leur vie sexuelle et leur statut économique** [64].

Dans une étude datant de 1974, Pasini [128] a envisagé la contraception en fonction de la sexualité de la femme et du couple. 273 femmes ayant eu une prescription de **pilule ou de DIU** ont été questionnées 4 et 8 mois après sur leur sexualité. Les résultats montrent

- **un désir sexuel** : identique chez **71 %** des femmes / amélioré chez **19 %** / altéré chez **10%** ;
- **une satisfaction sexuelle** : identique chez **61 %** des femmes / amélioré chez **31 %** / altéré chez **7 %** ;
- **une fréquence sexuelle** : identique chez **66 %** des femmes / amélioré chez **23 %** / altéré chez **10 %** ;

Ces chiffres restent dans le même ordre d'idée que ceux obtenu après une stérilisation tubaire.

L'auteur précise que l'effet du DIU sur la libido et la satisfaction est plus favorable que celui de la pilule,

3.2.6. Les corrélations entre les différents critères d'évaluation de la sexualité

L'étude sur les index d'évaluation de la fonction sexuelle féminine (FSFI) [111] confirme nos résultats en montrant des **corrélations entre tous les domaines étudiés (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur)**.

On observe également une **relation élevée entre désir et excitation** ($r=0,76$) ($r=0,57$ dans notre étude) qui démontre un chevauchement considérable entre les dimensions de désir et d'excitation chez les femmes, conformément à l'observation clinique et à différer des résultats dans les études du dysfonctionnement sexuel chez les hommes.

De même cette étude montre des **liens forts entre fréquence de l'orgasme et fréquence de l'excitation** ($r=0,81$) ($r=0,66$ dans notre étude) ; et entre **satisfaction sexuelle et fréquence de l'orgasme** ($r=0,70$) ($r=0,58$ dans notre étude).

Cette étude nous apprend que ces intercorrélations sont généralement abaissées pour les femmes ayant des difficultés sexuelles d'excitation.

L'analyse des résultats d'une étude prospective [51], réalisé entre 1993 et 1994 concernant 87 femmes chinoises suivies par téléphone un an après leur stérilisation par laparoscopie (élective ou dans le post partum), a permis de mettre en évidence que la **satisfaction sexuelle** était liée à :

- la **cohésion familiale préopératoire** ($r = 0,32$; $p < 0,005$),
- la **satisfaction de la procédure** ($r = 0,31$; $p < 0,005$),
- l'**absence de stress psychologique avant l'opération** ($r = - 0,26$; $p < 0,01$).

Par ailleurs une **fréquence sexuelle** plus élevée était liée à :

- un haut niveau de **cohésion familiale préopératoire** ($r = 0,23$; $p < 0,05$),
- un bas niveau de **peur d'un jugement négatif** ($r = -0,29$; $p < 0,01$),
- un bas niveau de **regret en préopératoire** ($r = 0,25$; $p < 0,05$),
- un bas niveau de **douleur post-opératoire** ($r = 0,21$; $p < 0,05$) [51].

3.2.7. Résumé des résultats

Conformément aux études sur la stérilisation tubaire en générale, on observe qu'après une stérilisation tubaire par le système Essure® la majorité des femmes n'a rapporté aucune changement concernant leur sexualité. En outre, la proportion « sans changement » est assez semblable aux proportions trouvées dans ces autres études, même si l'on note légèrement plus de changements dans notre étude.

Parmi les femmes signalant des changements, on note qu'une amélioration d'un ou plusieurs critères d'évaluation de la sexualité s'est produit en moyenne 4 fois plus fréquemment qu'une dégradation. Notre étude ne nous permet pas d'expliquer cette altération de la fonction sexuelle, mais nous pouvons faire l'hypothèse que la nature psychologique complexe d'un certain sentiment de regret peut influencer le rapport interpersonnel d'un couple et se refléter sur leur vie sexuelle. Cependant, nous ne savons pas si c'est le regret ou si c'est l'intérêt et le plaisir sexuels diminués qui se produit d'abord.

L'effet positif de la stérilisation est probablement dû à la disparition de la peur d'une grossesse non désirée, et probablement indirectement biologique en raison de l'arrêt des méthodes de contraception ayant parfois des effets secondaires gênants et constituant souvent une contrainte importante dans la vie des femmes.

CONCLUSION

La pose d'implants par voie hystéroscopique sous anesthésie locale ou sans anesthésie semble prometteuse pour stériliser les femmes de façon simple et rapide.

Cette technique de stérilisation est irréversible. **L'information à donner aux femmes par la sage-femme est essentielle.** Il est de notre devoir d'insister sur tous les moyens de contraception qui existent avant de parler de la stérilisation tubaire. Enfin il est important d'informer la femme et le couple, qu'après la pose de ces implants, si une grossesse est désirée, la seule alternative possible sera une fécondation in vitro avec toutes les inconnues qui persistent sur l'effet du dispositif sur la muqueuse endométriale même s'il est théoriquement possible de sectionner les implants près de l'ostium tubaire.

La facilité technique du système Essure® impose de rappeler la nécessité **d'une réflexion du couple et du personnel médical**, en ce qui concerne la contraception avant de partager une décision qui implique de façon définitive l'arrêt des possibilités de procréation.

L'analyse de notre échantillon de population a révélé l'absence d'**impact de cette méthode de stérilisation sur la sexualité dans environ deux tiers des cas, et en cas de modifications on observe 4 fois plus souvent une amélioration de la sexualité qu'une altération.**

La sage-femme a pour mission de rappeler aux femmes et au couples qu'il n'existe pas une sexualité normale mais que **c'est à chaque couple de savoir si sa sexualité lui convient.**

La notion de contraception est indissociable de celle de sexualité. Notre rôle est de savoir écouter et conseiller les femmes sur leur contraception et ceci passe obligatoirement par une certaine approche de leur sexualité. Il est de notre devoir d'entendre et d'aider à la **prise en charge des difficultés psychologiques et sexuelles déclenchées ou actualisées par la contraception.**

BIBLIOGRAPHIE

1. NISAND I. L'IVG en France. A la demande du Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et du Secrétaire d'état à la Santé et à l'Action Sociale. Février 1999. Disponible sur : <http://www.gyneweb.fr/Sources/contraception/ivg.htm>
2. SYNGOF. *AFP*. 27 juillet 2004.
3. BAJOS N. *L'express*. 20 septembre 2004.
4. KERIN JF, CARRIGAN CS et CHER D. The safety and effectiveness of a new hysteroscopic method for permanent birth control : result of the first Essure® pbc clinical study. *J Obstet Gynecol*. 2001, n°41 , p. 364-370.
5. HAS, service d'évaluation des actes professionnels. Evaluation des techniques de stérilisation chez la femme et chez l'homme, document de synthèse des travaux de l'ANAES. 2005. Disponible sur : <http://www.afssaps.fr/html/has/cepp/cepp/data/pp020246.pdf>
6. SERFATY D. *Contraception 2^{ième} édition*. Paris : Masson, 2002, p.357-361 et 369-379. (Collection Abrégés)
7. GRADY WR, HAYWARD MD et YAGI J. Contraceptive failure in the United States : estimates from the 1982 National Survey of Family Growth. *Family planning perspectives*. 1986, 18-5, p. 200-9.
8. SCHIRM AL, TRUSSEL J, MENKEN J et al. Echec des méthodes contraceptives aux USA : rôle des facteurs sociaux, économiques et démographiques. *Contraception Fertilité Sexualité*. 1992, 11-4, p. 659-673.
9. TRUSSEL J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2004, 70-2, p. 89-96.
10. SALDIVIA P. Les compétences de la sage-femme française. CHU Nice. 2006. Disponible sur : <http://www.oeige.com/29-5-2006/LES%20COMPETENCES%20DES%20SAGES-FEMMES%20FRANCAISES%5B1%5D.pps>
11. LEGIFRANCE. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
12. WINCKLER M. *Contraception mode d'emploi 1^{ère} édition*. Paris : Au diable vauvert, 2001, p.447.
13. COLLIER F. Quelques aspects pratiques de la contraception en 2006. CHRU Lille. 2006. Disponible sur : <http://w3med.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/discipl/gyneco-medic/desc2006/contraception.pdf>
14. ANAES, Services des recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, Argumentaire. 2004. Disponible sur : afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/con_reco.pdf
15. GUIDICELLI B et al. Contraception des cas particuliers et difficiles. *EMC* : 1995, Gynécologie [738-A-05].
16. PALMER R, DOURLLEN AM, AUDEBERT A et GERARD R. *La stérilisation volontaire en France et dans le monde*. Paris : Masson, 1981.

17. PETERSON H et al. The risk of pregnancy after tubal sterilisation : findings from the U.S. collaborative review of sterilisation. *Am J Obste. Gynecol.* 1996, 174, p. 1161-70.
18. LOPES P et LERAT MF. La stérilisation tubaire. Enquête du collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynecol Obstet Biol Repro.*, 1994, 23, p. 729-30.
19. HIRSCH M. Stérilisation tubaire « Législation et état des lieux en France et ailleurs ». CHU Amiens. 2005. Disponible sur : <http://www3.chu-rouen.fr/NR/rdonlyres/CDD99DAB-2D48-4CE7-AE4B-A01F8F724E5B/0/STERILISATIONTUBAIREfinal.pdf>
20. CNGOF. Stérilisation tubaire. 2000. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_03.HTM
21. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. *Journal officiel.* 2001, n° 156, p. 10823.
22. DAGUES BIE M. Stérilisation tubaire à visée contraceptive, Information des patientes. 2005. Disponible sur : www.infogyn.com/detail/fiches_pdf/Infogyn_0104050102c.pdf
23. LOPES. Faites/Ne faites pas devant une stérilisation féminine. *Génésis.* 2004, 94, p. 34. Disponible sur : <http://www.medspe.com/site/articles/20040415/article2/lopes94.pdf?PHPSESSID=fabf24b296e9099c4061b0533086261c>
24. Ministère de la santé et des solidarités. *Livret d'information : Stérilisation à visée contraceptive.* Paris : éditions Sicom, 2005.
25. LOPES P, ESNAULT A, DELGA P et LERAT MF. Intérêt d'un score lors d'une demande de stérilisation sans indication médicale majeure. *J Gyn Obstet Biol Reprod.* 1983, 12, p. 105.
26. KULIER R, BOULVAIN M, WALKER D et al. A Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilisation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2004, Issue 3.
27. NARDIN JM, KULIER R, BOULVAIN M. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2003, Issue 1.
28. DOURLLEN-ROLLIER AM. Voluntary sterilization in France and in developed countries. *Contracept Fertil Sex.* 1998, 26, p. 255-258.
29. AKHTER MS. Vaginal versus abdominal tubal ligation, Study at Victoria Général Hospital. *J Obstet Gynecol.* 1973, 115, p. 491-496.
30. BISHOP E et NELMS WF. A simple method of tubal sterilisation. *NY St J Med.* 1930, 30, p.214.
31. MONROZIES X, PERINEAU M et AYOUBI J. La stérilisation tubaire. *Ency cl Méd Chir.Gynécologie.* 1995, fascicule 738-A-20, 10 p.
32. FILSHIE GM, VAN LITH DAF, KEITH LG, VAN HALL EV. The Filshie clip in « New trends in female sterilization ». *Year Book Medical.* Chicago-London : 1983, p. 115-124.

33. FOSSAT C. Les autres techniques de stérilisation tubaire, la stérilisation féminine par voie hystéroscopique. *Gynweb*. Disponible sur : <http://www.gynweb.fr/Sources/contraception/essure/autres.htm>
34. YOON B, KING IM, PARMLEY TH. A two-years experience with the Falope ring sterilization procedure. *J Obstet Gynecol*. 1977, 127, p. 109-112.
35. LOPES P, MENEZ C, MARTIGNY H et BOUDINEAU M. La stérilisation féminine sous contrôle hystéroscopique In *La stérilisation à visée contraceptive* dir. par Blanc B et Madelenat P. Paris : Elsevier, 2004, p. 73-82.
36. KERIN JF. New methods for transcervical cannulation of the fallopian tube. *J Gynecol Obste*. 1995, 51 (suppl 1), p. 29-39.
37. Site internet officiel de la société Conceptus fabriquant le dispositif ESSURE®. Disponible sur : http://www.essure.ch/french/hcp/hcp_homepage.aspx
38. VALLE RF, CARIGAN CS et WRIGHT TC and the stop pre hysterectomy investigation group. Tissu response to the STOP microcoil transcervical permanent contraceptive device : results from a pre hysterectomy study. *Fertil Steril*. 2001, 75, p. 974-980.
39. MENEZ C, LOPES P. Une nouvelle technique de stérilisation tubaire sous contrôle hystéroscopique, à propos de 45 évaluations. *J Gyn Obstet Biol Reprod*. 2004, vol 33, n°3, p. 221-228.
40. HUTZEL WOMEN'QS HOSPITAL. Long-Term Birth Control, Détroit. Disponible sur : www.dmc.org/.../permanent-essure.html.
41. HERAULT-CHALVET MH. La nouvelle technique de stérilisation tubaire. CHU Amiens. 2005. Disponible sur : <http://www3.chu-rouen.fr/NR/rdonlyres/26A337A7-6D3C-47CB-B7DA-026AD2973D7D/0/essure.pdf>
42. HUDDLESTON HT, DUNNIHOO DR. Long term sterilization failure : twenty-three years. *J la State Med Soc*. 2000, 152, p. 427-428.
43. OMS. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, 2nd edition. Genève, OMS 2002.
44. PATI S et CULLIN V. Female sterilization, Evidence. *Obstet Gynecol Clin North*. 2000, 27, p. 859-899.
45. WESTHOFF C et DAVIS A. Tubal sterilization : foetus on the US experience. *Fertil Steril*. 2000, 73, p. 913-922.
46. PETERSON et al. Deaths attributable to tubal sterilization in the United States, 1977 to 1981. *J Obstet Gynecol*. 1983, 15, 146(2), p. 131-6.
47. HARLOW BL et al. Does tubal sterilization influence the subsequent risk of menorrhagia or dysmenorrhea ? *Fertil Steril*. 2002, 77 (4), p. 754-60.
48. GENTILE GP, KAUFMAN SC et HELBIG DW. Is there any evidence for a post-tubal sterilization syndrome? *Fertil Steril*. 1998, 69(2), p. 179-86.

49. RAYMOND HWLi et al. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception*. 2004, 70(6), p. 474-82,
50. GIBON E, LOPES P et al. Stérilisation tubaire par voie hystéroscopique : faisabilité et évaluation à un an. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2006, vol 34, Issue 3, p. 202-208.
51. SO-KUM TANG C, CHUNG TONY KH. Psychosexual adjustment following sterilization : a prospective study on chinese women, journal of psychosomatic research. 1997, vol 42, N°2, p. 187-196.
52. HOLT VL, CHU J, DALING JR, STERGACHIS AS, WEISS NS. Tubal sterilization and subsequent ectopic pregnancy, A case-control study. *JAMA*. 1991, 266(2), p. 242-246.
53. PETERSON HB et al. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilisation. *U.S. Collaborative Review of Stérilisation Working Group, N Engl J Med*. 1997, 13, 336(11), p. 762-767.
54. BRINTON LA et al. Tubal ligation and risk of breast cancer. *Br J Cancer*. 2000, 82(9), p. 1600-1604.
55. LACEY JV, BRINTON LA, MORTEL R et al. Tubal sterilization and risk of cancer of the endometrium. *Gynecol Oncol*. 2000, 79(3), p. 482-484.
56. LI H et THOMAS DB. Tubal ligation and risk of cervical cancer. *Contraception*. 2000, 61 (5), p. 323-328.
57. LI H et al. Tubal sterilisation and use of an IUD and risk of cervical cancer. *Womens Health Gen Based Med*. 2000, 9 (3), p. 303-10.
58. WHITTEMORE AS, HARRIS R et ITNYRE J. Characteristics relating to ovarian cancer risk : collaborative analysis of 12 US case-control studies. II. Invasive epithelial ovarian cancers in white women. *J Epidemiol*. 1992, 136(10), p. 1184-1203.
59. HANKINSON SE, HUNTER DJ, COLDITZ GA et al. Tubal ligation, hysterectomy, and risk of ovarian cancer, A prospective study. *JAMA*. 1993, 270(23), p. 2813-2818.
60. MIRACLE-McMAHILL HL, CALLE EE, KOSINSKI AS et al. Tubal ligation and fatal ovarian cancer in a large prospective cohort study. *J Epidemiol*. 1997, 145(4), p. 349-357.
61. CRAMER DW, XU H, Epidemiologic evidence for uterine growth factors in the pathogenesis of ovarian cancer. *Ann Epidemiol*. 1995, 5(4), p. 310-4.
62. BULENT TIRAS M et al. The changes in ovarian hormone levels and ovarian artery blood flow rate after laparoscopic tubal sterilization. *J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001, 1, 99 (2), p. 219-221.
63. HILLIS SD, MARCHBANKS PA, TYLOR LR, PETERSON HB. Poststerilization regret : findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol*. 1999, 93(6), p. 889-895.
64. KARIMINIA A, SAUNDERS DM et CHAMBERLAIN M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *J Obstet Gynaecol*. 2002, 42(5), p. 526-529.

65. DHAINAUT C. La demande de déstérilisation In *La stérilisation à visée contraceptive*, dir. par Blanc B et Madelenat P. Paris : Elsevier, 2004, p. 83-96.
66. PROUST A. La stérilisation contraceptive dans le post-partum, In *La stérilisation à visée contraceptive*, dir. par Blanc B et Madelenat P. Paris : Elsevier, 2004, p. 97-104.
67. LACHOWSKY M. La stérilisation, du côté de la psyché, In *La stérilisation à visée contraceptive*, dir. par Blanc B et Madelenat P. Paris : Elsevier, 2004, p. 105-108.
68. HENDRIX NW et al. Sterilization and its consequences. *Obstet Gynecol Surv.* 1999, 54(12), p. 766-777.
69. MASTERS & JOHNSON. *Les réactions sexuelles*. Paris : R.Laffont, 1968.
70. KAPLAN H. *The New Sex Therapy*. New York : Brunner & Mazel, 1974.
71. DUGAST S. *A trois garder une vie à deux : information sur la sexualité et la contraception du post-partum*. Mémoire sage-femme. Nantes, 2002, 143 p.
72. ZWANG G. *Sexologie, 4^{ième} édition*. Paris : Masson, 1990, 266 p. (collection Abrégé).
73. POUDAT F-X, JAROUSSE N. *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles, 2^{ième} édition*. Paris : Masson, 1992, 267 p.
74. BIANCHI-DEMICHELI F. Le plaisir féminin. *Campus*.Genève, 2006, n°81. Disponible sur : <http://www.unige.ch/presse/campus/pdf/c81/dossier.pdf>
75. KOMISARUK BR, WHIPPLE B, CRAWFORD A et al. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury : fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain Res.* 2004, 22, 1024(1-2), p. 77-88.
76. McCOY NL et MATYAS JR. Oral contraceptives and sexuality in university women. *Arch Sex Behav.* 1996, 25, p. 73-90 .
77. BAJOS N, FERRRAND M, EQUIPE GINE. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris, Inserm, 2002.
78. BACHELOT A. Aspects psychologiques de la grossesse non prévue In : Bajos N, Ferrand M, Equipe GINE. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris, Inserm, 2002, p.79-114.
79. BANDURA COWLEY C, FARLEY T et BEAMIS K. "Well, maybe I'll try the pill for just a few months...". Brief motivational and narrative-based interventions to encourage contraceptive use among adolescents at high risk for early childbearing. *Fam Syst Health.* 2002, 20(2), p. 183-204.
80. BYDLOWSKI M et DAYAN-LINTZER M. Approche psychanalytique de la contraception d'aujourd'hui. *J Gynécol Obstét Biol Reprod.* 1979, 8, p. 527-531.
81. BYDLOWSKI M. *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000.
82. KERINEC C. *Le désir d'enfant*. Mémoire sage-femme, Nantes, 1990, 63 p.

83. LE GOURRIEREC M. « *J'avais une contraception et pourtant... !* ». Mémoire sage-femme, Nantes, 1995, 73 p.
84. CHATEL MM. *Malaise dans la procréation*. Paris : Albin Michel, 1993, 185 p.
85. ALLGEIER AR et ER. *Sexual interactions*. Montréal, 1989, adaptation pour l'Europe : *La sexualité humaine, dimensions et interactions*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1992, 706 p.
86. BRETIN H. Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France. *Sci Soc Santé*. 2004, 22(3), p. 87-109.
87. BAJOS N, FERRAND M et HASSOUN D. Au risque de l'échec : la contraception au quotidien, In : Bajos N, Ferrand M, Equipe GINE. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris, Inserm, 2002, p. 33-48.
88. FERRAND M. *Féminin masculin*. Paris : La Découverte, 2004, 128 p.
89. SCHENKER JG. Women's reproductive health: monotheistic religious perspectives. *J Gynecol Obstet*. 2000, 70(1), p. 77-86.
90. LACROIX X. Contraception et religions, In : Baulieu EE, Héritier F, Leridon H. *Contraception : contrainte ou liberté ?* Paris : Odile Jacob, 1999, p. 163-182.
91. BAJOS N, BOZON M, GIAMI A et al. *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*. Paris, ANRS, 1995.
92. HERITIER F. *Masculin/féminin. II. Dissoudre la hiérarchie*. Paris : Odile Jacob, 2002, p. 239-59.
93. YITZCHAK BINIK. Laboratoire pour l'étude biopsychosociale de la sexualité. Disponible sur : http://www.binik-lab.com/fr/research_laboratory.htm
94. HITE S. *Le Rapport Hite*. Paris : R.Laffont, 1977.
95. LANDRY G. Le vieillissement et la physiologie sexuelle féminine. Disponible sur : <http://www.erudit.org/revue/smq/1980/v5/n2/030081ar.pdf>
96. PATHO108. Facteurs de satisfaction sexuelle féminine dans le couple. 2004, n°162. Disponible sur : <http://www.pathol08.com/louportail/portail/NPD/article.php?sid=441>
97. NEWCOMB MD et BENTLER PM. Dimension of subjective female orgasmic responsiveness. *Journal of Personal and Social Psychology*. 1983, 44(4), p. 862-873.
98. DARLING CA, DAVIDSON JK et COX RP. Female sexual response and the timing of partner orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1991, 17(1), p. 3-21.
99. RENAUD C, BYERS ES et PAN I. Sexual and relationship satisfaction in mainland China. *Journal of Sex Research*. 1997, 34(4), p. 399-410.
100. HURLBERT DF. A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1993, 19(1), p.41-55.

101. LAWRENCE K et BYERS ES. Sexual satisfaction in heterosexual long-term relationships : The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*. 1995, 2(2), p.267-285.
102. OGGINS J, VEROFF J et LEBER D. Perceptions of marital interaction among black and white newlyweds. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993, 65(3), p. 494-511.
103. WATERMAN CK et CHIAUZZI EJ. The role of orgasm in male and female sexual enjoyment. *Journal of Sex Research*. 1982, 18(2), p. 146-159.
104. PERLMAN SD et ABRAMSON PR. Sexual satisfaction in married and cohabiting individuals, In K. Kelley et D. Byrne. *Exploring human sexuality*. Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1981.
105. LIEF HI. Comments on current thinking on the orgasm experience. *Medical Aspects of Human Sexuality*. 1980, 14(7), p.55-62.
106. BLUMSTEIN P et SCHARTZ P. *American couples*. New York : William Morrow, 1983, 171 p.
107. HAAVIO-MANNIKA KONTULA O. Correlates of increased sexual satisfaction. *Arch Sex Behav*. 1997, 26(4), p. 399-419.
108. DAVIDON JK et HOFFMAN LE. Sexual fantasies and sexual satisfaction : an empirical analysis of erotic thought. *The Journal of Sex Research*. 22(2), 1986, p. 184-205.
109. LIU C. Does quality of marital sex decline with duration? *Arch Sex Behav*. 2003, 32(1), p.55-60.
110. YOUNG M. Sexual satisfaction among married women. *American Journal of Health Studies*. Spring, 2000.
111. ROSEN R, BROWN C, HEIMAN J et al. The Female Sexual Function Index (FSFI), a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *journal of sex and marital therapy*. 2000, 26, p. 191-208.
112. BAJOS N, OUSTRY P, LERIDON H. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. La contraception en France dans les années 2000. Présentation de l'enquête Cocon. *Population*, 2004.
113. MOROKOFF PJ. Volunteer bias in the psychological study of female sexuality. *The journal of Sex Research*. 1986, vol. 22, n°1, p. 35-51
114. SPIRA A, BAJOS N et le groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France*. Paris : La documentation française, 1993, 351 p. (Collection des rapports officiels).
115. LERIDON H. La fréquence des rapports sexuels. Données et analyse de cohérence. *Population*. 48^{ième} année, N°5, Sexualité et science sociale, Les apports d'une enquête, 1993, p.1381-1407.
116. BAJOS N, CIANCIA S, BOZON M et al. Enquête sur le «Contexte de la Sexualité en France ». science.gouv.fr. Mars 2007. Disponible sur : <http://www.science.gouv.fr/index.php?qcms=article,view,2551,archives,159>

117. JASPARD M. *Sociologie des comportements sexuels, 2ième édition*. Paris : La Découverte, 2005, 122 p.
118. COLSON MH, LEMAIRE A, PINTON P et al. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. Original research-couples' sexual dysfunction. *Journal of sexual medicine*. 2006, vol 3, Issue 1, p. 121.
119. SARAIVA J, CARVALHO V, ALMEIDA C et al. The quality of life after tubal ligation. *Acta Med Port*. 1995, 8, p. 347-353.
120. COSTELLO C, HILLIS S, MARCHBANKS PA et al. The interest of interval tubal sterilization on sexual interest and pleasure. *Obstet Gynecol*. 2002, vol 100, n°3, p. 511-7.
121. BEAN FD, CLARK MP, SOUTH S et al. Changes in sexual desire after voluntary sterilization. *Soc Biol*. 1980, 27, p. 186-193.
122. BERNOUX P. L'expérience Hawthorne et l'enquête de la Western Electric. La sociologie des organisations. Paris : Seuil, 1985, p. 71-75.
123. ODDENS BJ. Women's satisfaction with birth control : a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception*. 1999, 59 , p. 227-286.
124. KELLEY GF. *Sexuality today : The human perspective 4ième édition*. Guilford, CT: The Dushkin Publishing Group, 1994.
125. RENAUD C, BYERS ES et Pan I. Sexual and relationship satisfaction in mainland China. *Journal of Sex Research*. 34(4), 1997, p. 399-410.
126. GUILLEMAIN D'ECHON J. *Résultats de l'étude « Les femmes et Essure® »*. (courrier électronique). Destinataire : Tiphaine DABOUIS. Versailles, le 29 août 2006.
127. OSIS MJ, FAUNDES A, DE SOUZA MH et BAILEY P. Impact of contraceptive methods on women's lives : the case of tubal ligation, *Cad. Saude Publica* 15 (1999), p. 521-532.
128. PASINI W. *Sexualité et gynécologie psychosomatique*. Paris : Masson, 1974, 231 p.

ANNEXE 1 : Questionnaire envoyé aux femmes

QUESTIONNAIRE ANONYME

1. **Date de l'intervention :**
2. **Age :**
3. **Type de contraception avant la stérilisation :**
4. **Nombre de rapports sexuels / mois** - **Avant** la stérilisation :
- **Après** la stérilisation :

Merci de cocher la réponse que vous choisissez dans chacune des colonnes **AVANT** et **APRES**
(Une seule réponse par colonne) *Après* = dans les 3 mois suivant la stérilisation

5. **Degré de votre désir ou de votre intérêt pour la sexualité :** **Avant** _ **Après** la stérilisation

Très important	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Important	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faible	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nul	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. **Fréquence de votre désir ou intérêt sexuel ressenti :**

Avant _ **Après**

Tous les jours	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 à 3 fois par semaine	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 fois par semaine	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 à 3 fois par mois	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presque jamais ou jamais	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. **Intensité de votre excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport**

Avant _ **Après**

Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	0 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très important	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Important	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faible	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nul	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **Fréquence à laquelle vous vous êtes sentie excitée sexuellement au cours d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel**

Avant _ **Après**

Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	0 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A chaque fois	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environ 1 fois sur 2	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moins d'1 fois sur 2	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presque jamais ou jamais	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. **A quel point vous a-t-il été difficile de lubrifier (« mouiller ») durant une activité sexuelle ou un rapport ?**

	<i>Avant</i>	–	<i>Après</i>
Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	0 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Extrêmement difficile ou impossible	1 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Très difficile	2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pas difficile	3 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Très facile	4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

10. **Degré de satisfaction de votre relation sexuelle avec votre partenaire :** *Avant* – *Après*

Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	0 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très satisfaite	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modérément satisfaite	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A peu près autant satisfaite que non satisfaite	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modérément insatisfaite	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très insatisfaite	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. **Lors d'une stimulation sexuelle ou un rapport, avec quelle fréquence avez-vous pu atteindre l'orgasme ?**

	<i>Avant</i>	–	<i>Après</i>
Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	0 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Presque tout le temps ou tout le temps	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
La plupart du temps (plus d'1 fois sur 2)	4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Quelquefois (environ 1 fois sur 2)	3 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Rarement (moins d'1 fois sur 2)	2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Presque jamais ou jamais	1 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

12. **Avec quelle fréquence avez-vous ressenti des sensations désagréables ou des douleurs pendant la pénétration vaginale ?**

	<i>Avant</i>	–	<i>Après</i>
Je n'ai pas essayé d'avoir un rapport sexuel	0 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Presque tout le temps ou tout le temps	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
La plupart du temps (plus d'1 fois sur 2)	4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Quelquefois (environ 1 fois sur 2)	3 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Rarement (moins d'1 fois sur 2)	2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Presque jamais ou jamais	1 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

13. **Commentaires libres :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir bien voulu prendre quelques minutes de votre temps pour remplir ce questionnaire.

Les données recueillies au cours de cette étude demeureront strictement confidentielles.

ANNEXE 2 : Courrier accompagnant le questionnaire

Nantes, le 20 septembre 2006

Madame,

Je suis étudiante sage-femme au CHU de Nantes.

Je réalise, afin de conclure mon cursus, un mémoire concernant la sexualité féminine après une stérilisation tubaire selon le procédé Essure, sujet qui m'a été confié par le Professeur P.Lopes.

Le but de ce travail est d'évaluer les éventuelles modifications de la sexualité féminine suite à cette intervention.

Je vous adresse donc un questionnaire détaillé portant sur votre sexualité avant et après la réalisation de cette stérilisation tubaire. L'anonymat sera strictement respecté.

Merci de bien vouloir prendre quelques minutes de votre temps pour le remplir et me le renvoyer rapidement dans l'enveloppe pré-timbrée jointe à cet effet.

Je vous remercie par avance pour votre aide dans l'élaboration de ce travail.

Tiphaine Dabouis, étudiante sage-femme.

Ce mémoire est réalisé sous la direction du Professeur P.Lopes.

ANNEXE 3 : Commentaires libres des femmes

- Question 12 : au-delà des 3 mois après je n'ai plus ressenti de douleurs. Je suis **très satisfaite** de l'intervention. Cela n'a **pas eu de conséquences sur ma sexualité**.
- **Pas de différence** avant et après.
- Je suis **très contente** du protocole, une femme libre de ses mouvements et **sans crainte de grossesse**, à conseiller. Bon courage pour vos études.
- **Très satisfaite** de ce procédé, ma **sexualité n'a pas changé**, au contraire, on se sent libre, et je n'ai eu aucun effet secondaire. Je remercie le professeur P.Lopes, et vous souhaite une bonne réussite pour vos examens.
- Depuis l'intervention je ressens **davantage d'excitation et de plaisir** à avoir une relation sexuelle. Je suis **entièrement satisfaite** de ce mode de stérilisation.
- Question 12 : **gène sur le côté gauche** uniquement. Bonne chance pour la suite de vos études.
- Cette stérilisation m'a surtout permis de me **libérer de la pilule**. De plus avec 4 enfants et mon âge, je ne désirais plus d'enfants ainsi que mon mari. Quand à mes rapports sexuels je n'ai **pas remarqué de changement** avant et après ma stérilisation.
- Désolée, il n'y a **pas eu de changement** avant et après... (ou je ne m'en suis pas aperçu). Volontairement, je n'ai rien changé à mon comportement car mon mari était opposé à cette stérilisation, donc il n'est pas au courant, je l'ai fait sans qu'il le sache pour être moins anxieuse.
- Depuis la stérilisation tubaire selon le procédé ESSURE, je me sens **plus libre sexuellement**. **Rien avoir à prendre** pour un rapport, c'est une totale liberté et les **rapports en sont d'autant mieux**.
- Après l'intervention (2 heures environ) j'ai eu des grosses douleurs (type contractions) et j'étais tout de même très fatiguée ; la sortie est quand même rapide et surtout aucun contrôle après.
- Je suis **satisfaite** de cette intervention et de ses suites malgré le problème rencontré (déjà signalé mais jamais commenté par vos services) à savoir l'échographie endo-vaginale faite sans protection.
- Pour ma part cette stérilisation « Essure » a **changé ma vie sexuellement** avec mon mari, **aucune contrainte**, je suis bien dans ma tête et mon corps. Je remercie énormément le Pr. Lopes.
- Je suis **très satisfaite** de cette intervention, enfin **plus de liberté** pour les femmes (jeunes).
- Essure, c'est tout **simplement génial** ! A recommander à toutes les femmes.
- En ce qui me concerne les **changements** ont été notables dans les 6 mois et non dans les 3 mois ou je n'ai pas noté de changement.
- Je suis vraiment **très satisfaite** de cette stérilisation
- **Très satisfaite** d'avoir fait une stérilisation tubaire autant pour ne pas avoir le souci de **retomber enceinte** et que c'est un procédé sans douleur, et je serais très contente si c'était possible d'avoir le résultat de ce questionnaire pour pouvoir en parler autour de moi, avec des résultats concrets.
- **Aucun changement**, à part au niveau des **règles : moins abondantes et plus courtes**.
- Génial pour la femme la stérilisation tubaire sur toute ces formes, pas de douleur pendant la pose, on est pas hospitalisé, bien suivre les recommandations pendant 3 mois qui suit la pose et après **adieu la pilule et toutes les contraintes**, j'ai perdu 5 kg pour ma part. Bonne chance Mme Dabouis.
- Je profite de ce questionnaire pour remercier à nouveau le professeur Lopes et lui redire toute ma satisfaction. Aucun regret par rapport à la décision, à l'intervention et au bien être qui en résulte. Je noterai également le professionnalisme de l'équipe du professeur Lopes ainsi que le chaleureux accueil qui m'a été réservé.
- **Règles plus douloureuses et plus abondantes** depuis la stérilisation.
- Je suis **satisfaite** de ce procédé. Par contre mon **cycle de règle** n'est pas toujours le même, et j'ai eu peur la première fois que le procédé n'est pas marché après l'arrêt du contraceptif, une information à ce sujet pour rassurer devrait être faite.
- Je suis **détendue** maintenant. Je n'ai plus l'angoisse que mon époux ne mette pas le préservatif dans les temps. D'où un manque de plaisir je pense et le manque de désir, peut-être de mon mari qui n'avait pas toujours envie de se protéger.
- Je ne suis pas sûre que le comportement sexuel se soit modifié lié à la contraception (mais ??) par contre, je suis réellement ravie d'avoir une contraception **sans ingurgiter une molécule**... Bonne chance à vous et... bonne soutenance.

- Je suis **ravie** de cette méthode « Essure ». Sûre, rapide et quasi sans douleur, c'est idéal pour avoir **une sexualité sereine**. Bon courage Tiphaine !
- Je recommande à toutes les femmes ce type de stérilisation. Pour moi, **plus aucune douleur pendant un rapport**.
- **Aucun changement** notable. Par contre **des règles très abondantes** depuis l'intervention. Ce type de stérilisation est une **réussite totale** et devrait être mieux connu. Merci.
- **Pas de modification** ou de changement de comportement avant ou après la stérilisation qui date de 4 ans. Depuis les effets de la ménopause commencent à se faire sentir : sécheresse vaginale etc...
- Auparavant, lors de la prise de la pilule, j'avais une sexualité très épanouie, depuis l'arrêt de la pilule, le **plaisir est encore meilleur** et je **ne ressens plus les désagréments** que je vivais avant. Je peux donc dire que je suis **très satisfaite** d'avoir eu recours à la stérilisation tubaire ESSURE. Bon courage pour votre mémoire.
- Je pense avoir une activité sexuelle **beaucoup plus libérée** car je n'ai plus **l'angoisse d'être enceinte** ne prenais pas de contraception (problème de santé). Je suis **très contente** d'avoir fait cette stérilisation.
- Suite à d'importants saignements dans les mois qui ont suivi l'intervention nous n'avons pas eu de pénétration vaginale et dans l'impossibilité de joindre le secrétariat du Pr. Lopes nous avons donc fait « avec ». Ne pouvant avoir de contraception orale (phlébites) ayant perdu 3 stérilets (dont une grossesse) la **peur de tomber enceinte** pesait lourd sur nos rapports sexuels, depuis notre **sexualité a changé du tout au tout** avec une dimension plus ludique et moins contraignante. Ce n'est pas une question de quantité ou de qualité mais de disponibilité (pour mon mari également). Bonne continuation.
- Je suis **plus à l'aise depuis la stérilisation**.
- Stérilet pendant de nombreuses années puis expulsion du stérilet et contraception orale déconseillée, pas de contraception pendant 1 an .La période « avant » stérilisation commentée dans ce questionnaire correspond à la période sans contraception où je vivais dans la **crainte de ne pas être protégée à 100% d'une grossesse**. Après la stérilisation j'ai ressenti une **libération dans la pratique de nos rapports**.
- **Stérilisation idéale**.
- La contraception était avant la stérilisation un sujet partagé au sein de notre couple. La stérilisation a permis de gagner en liberté et de vivre une sexualité sans aucune « **contrainte** » et **risque de grossesse non désirée**.
- Je n'ai **pas trouvé de changement** depuis ma stérilisation.
- **Aucune différence** dans l'acte sexuel entre les 2 types de contraception (sous pilule ou après l'Essure (car de tout façon : pas de risque de grossesse ressenti). Sur le plan strictement médical : confort de ne plus être astreinte à un **médicament au quotidien** avec risques potentiels même si les résultats d'analyse de sang effectués régulièrement étaient correctes pour moi.
- Pour moi ça **n'a rien changé** suite à l'intervention. J'ai une sexualité normale avant après idem. Aujourd'hui je n'ai plus besoin de me poser de question sur ma **contraception**. Je remercie le P.Lopes de m'avoir fait cette intervention.
- Aucune explication sur cette nouvelle méthode ESSURE. J'aurais bien voulu être au courant avant de subir cette intervention.
- Après l'acte sexuel, **ventre plus sensible avec une douleur acceptable** depuis la stérilisation. Aucune douleur avant la stérilisation.
- Durant ma vie de femme, j'ai utilisé comme contraceptif : la pilule, le stérilet puis la méthode essure®. La pilule a affecté ma vie sexuelle : 100% de protection mais «mastoses+++ » contrainte de prise de la pilule et risque d'oubli j'ai donc arrêté. Par contre je n'ai vu **aucune différence dans ma vie sexuelle** avant et après « essure ». Ma vie sexuelle est très épanouie, elle est variable en fonction de mon cycle mais pas de la contraception, avec en plus 100% de garantie et des **règles normales**. Avec la méthode Essure, je me sens épanouie, ma tête est en harmonie avec mon corps, libre et sereine. J'informe et je transmets mon vécu (intervention hôpital) et mon **ressenti très positif** de cette méthode aux jeunes qui m'entourent.
- Cette opération m'a permis « d'oublier » la **crainte d'une grossesse** indésirable. Cela **n'a modifié en rien ma sexualité**. J'ai l'esprit plus tranquille. C'est une solution formidable. Bon cursus et bonne chance à vous.

- Pour moi ce procédé **n'a rien changé sur le plan sexuel**. Je l'ai fait car je ne voulais plus d'enfant et il m'arrivait d'oublier trop souvent la pilule. Je suis à **100% satisfaite** j'en parle sans tabou et surtout je le conseille. J'aime les rapports sexuels et aujourd'hui à 45 ans j'en éprouve encore plus le besoin (câlins).
- **Aucun changement** entre avant et après
- Par rapport aux **règles** : sont plus douloureuses qu'avant (douleur bas du dos) plus forts saignements pendant les règles. Je n'arrive pas à perdre du poids même avec les nutritionnistes !!
- Je n'ai ressenti **aucun changement** ni aucune gêne depuis mon intervention et je ne la regrette absolument pas.
- Je suis **très satisfaite** de cette stérilisation, même si pour moi, ça a été particulier et douloureux puisque l'implant a été difficile à mettre en place à gauche et a cassé.

Commentaires des questionnaires exclus de l'étude

- « Seule depuis 6 ans avant la stérilisation. Pas facile de répondre, il m'est difficile de répondre avant mais après aucune difficulté rencontrée. »
- A répondu « ne sait plus à toutes les questions »
- Pas de partenaires stable. « Je ne suis pas sur que mes réponses puissent vous servir. Je n'ai pas de partenaire avec qui je puisse avoir une relation sereine sur une durée aussi longue (avant et après n'est pas avec le même partenaire donc difficile de comparer qui plus est j'ai eu une conisation il y a 6 mois avant.) »
- 5 RS avant, 0 après. « La baisse du désir et la fréquence a nettement augmenté depuis l'intervention. Je ne reliais pas ce fait à l'intervention, plutôt à une perte de désir de mon conjoint. Je ne donne ni mon âge, ni la date de l'intervention car ceci ne rend plus le questionnaire anonyme. »
- Juillet 2003 « Je n'ai pas bénéficié de la méthode Essure car mon utérus est rétroversé et une trompe en U. On m'a placé des bagues à la place. »
- « Mes réponses peuvent vous paraître étranges mais je n'ai jamais été épanoui sexuellement avec mon mari. Alors que maintenant tout est différent. La pose d'Essure à l'époque n'aurait rien changé pour moi. Mon mari étant décédé je suis actuellement avec quelqu'un d'autre où je suis très épanouie sexuellement.
- « mon conjoint habitait à l'époque à 600 km de Nantes »
- « Il m'est difficile de répondre correctement, je me suis séparée avant mon intervention. Je ne sais pas si les réponses (pour moi négatif) sont du à l'opération, ou aux partenaires. »
- J'ai essayé de répondre au mieux à votre questionnaire. Je dois vous apporter quelques précisions, à savoir que la dégradation de nos rapports sexuels a commencé il y a environ 10 ans. Je pense que cela est du à une activité professionnelle très intense avec un temps de repos de 5h par 24h pendant 15 ans. Mon mari et moi avons une différence d'âge de 20 ans. Depuis 5 ans mon mari a rencontré beaucoup de difficultés au moment de l'aboutissement de l'érection. Nous avons cessé nos activités professionnelles il y a 20 mois et essayé de reprendre une activité sexuelle progressivement, avec une amélioration à mon niveau depuis 2 mois, avec une augmentation du désir et du plaisir, mon mari rencontre encore quelques difficultés, il a consulté un urologue il y a 18 mois (en résumé : progression positive). Veuillez recevoir, mademoiselle, l'expression de mes sentiments respectueux. Par ailleurs, la stérilisation tubaire m'a apporté un grand confort : la grande abondance des flux est réduite à 2 jours au lieu de 6 à 8 jours avec le stérilet, presque plus de douleur, ventre souple et très peu gonflé.

ANNEXE 4 : Female Sexual Function Index (FSFI) [111]

- Q1. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexual desire or interest?
- 5 = Almost always or always
 - 4 = Most times (more than half the time)
 - 3 = Sometimes (about half the time)
 - 2 = A few times (less than half the time)
 - 1 = Almost never or never
- Q2. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of sexual desire or interest?
- 5 = Very high
 - 4 = High
 - 3 = Moderate
 - 2 = Low
 - 1 = Very low or none at all
 - 0 = No sexual activity
- Q3. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexually aroused (“turned on”) during sexual activity or intercourse?
- 5 = Almost always or always
 - 4 = Most times (more than half the time)
 - 3 = Sometimes (about half the time)
 - 2 = A few times (less than half the time)
 - 1 = Almost never or never
 - 0 = No sexual activity
- Q4. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** of sexual arousal , (“turn on”) during sexual activity or intercourse?
- 5 = Very high
 - 4 = High
 - 3 = Moderate
 - 2 = Low
 - 1 = Very low or none at all
 - 0 = No sexual activity
- Q5. Over the past 4 weeks, how **confident** were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?
- 5 = Very high confidence
 - 4 = High confidence
 - 3 = Moderate confidence
 - 2 = Low confidence
 - 1 = Very low or no confidence
 - 0 = No sexual activity
- Q6. Over the past 4 weeks, how **often** have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?
- 5 = Almost always or always
 - 4 = Most times (more than half the time)
 - 3 = Sometimes (about half the time)
 - 2 = A few times (less than half the time)
 - 1 = Almost never or never
 - 0 = No sexual activity
- Q7: Over the past 4 weeks, how **often** did you become lubricated (“wet”) during sexual activity or intercourse?
- 5 = Almost always or always
 - 4 = Most times (more than half the time)
 - 3 = Sometimes (about half the time)
 - 2 = A few times (less than half the time)
 - 1 = Almost never or never
 - 0 = No sexual activity
- Q8. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to become lubricated (“wet”) during sexual activity or intercourse?
- 1 = Extremely difficult or impossible
 - 2 = Very difficult
 - 3 = Difficult
 - 4 = Slightly difficult
 - 5 = Not difficult
 - 0 = No activity
- Q9: Over the past 4 weeks, how often did you **maintain** your lubrication (“wetness”) until completion of sexual activity or intercourse?
- 5 = Almost always or always
 - 4 = Most times (more than half the time)
 - 3 = Sometimes (about half the time)
 - 2 = A few times (less than half the time)
 - 1 = Almost never or never
 - 0 = No sexual activity

Q10: Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to maintain your lubrication (“wetness”) until completion of sexual activity or inter-course?

- 1 = Extremely difficult or impossible
- 2 = Very difficult
- 3 = Difficult
- 4 = Slightly difficult
- 5 = Not difficult

Q11: Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **often** did you reach orgasm (climax)?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

Q12: Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **difficult** was it for you to reach orgasm (climax)?

- 0 = No sexual activity
- 1 = Extremely difficult or impossible
- 2 = Very difficult
- 3 = Difficult
- 4 = Slightly difficult
- 5 = Not difficult

Q13: Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Very satisfied 4
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied

Q14: Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied

Q15: Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your sexual relationship with your partner?

- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied

Q16: Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?

- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied
- 0 = Did not attempt intercourse

Q17: Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- 1 = Almost always or always
- 2 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 4 = A few times (less than half the time)
- 5 = Almost never or never
- 0 = Did not attempt intercourse

Q18: Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- 1 = Almost always or always
- 2 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 4 = A few times (less than half the time)
- 5 = Almost never or never
- 0 = Did not attempt intercourse

Q19: Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- 1 = Very high
- 2 = High
- 3 = Moderate
- 4 = Low
- 5 = Very low or none at all

ANNEXE 5 : Feuille d'information et de consentement à la stérilisation

GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE Médecine de la reproduction et médecine fœtale

INFORMATIONS CONCERNANT LA STERILISATION FEMININE

La loi de juillet 2001 autorise la stérilisation après un délai de réflexion de 4 mois et signature d'une feuille de consentement.

La stérilisation féminine a pour but d'entraîner la stérilité par suppression de la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovocyte.

Elle consiste à oblitérer un court segment de chacune des deux trompes par clip, par ligature-résection (au cours des césariennes par exemple) ou par pose d'un dispositif dans la corne utérine.

L'opération peut-être réalisée par plusieurs voies :

- **œlioscopie** : elle est faite sous anesthésie générale, elle ne laisse qu'une cicatrice minime cachée dans le rebord de l'ombilic et une petite cicatrice sus pubienne ; elle permet la reprise de la vie normale au bout de 8 jours.
- **laparotomie** (par exemple lors d'une césarienne),
- **colpotomie** (incision au fond du vagin).
- Hystérocopie avec pose sous anesthésie locale d'implants «essure» dans les trompes.

Dans tous les cas, il s'agit d'une **intervention chirurgicale** (avec les risques inhérents à toute l'anesthésie, à la chirurgie abdominale, ou les risques propres à la technique coelioscopique) **ou une intervention sous anesthésie locale en hystérocopie.**

Toutes ces techniques, réalisées correctement, peuvent donner lieu à des échecs (grossesse utérine ou extra-utérine 0,5 %).

La stérilité ainsi réalisée doit être considérée comme **définitive** car les opérations restauratrices ne réussissent pas constamment ; la reperméabilisation n'est qu'hypothétique et envisageable seulement dans des situations exceptionnelles après ligature de trompes par coelioscopie.

La technique hystérocopie est strictement irréversible.

Le gynécologue peut demander l'avis d'un(e) psychologue pour évaluer les **risques de regrets ultérieurs** (8 à 12 %) car, à côté des risques évidents tels que mort des enfants ou du conjoint, divorce, il y a parfois des risques inapparents d'ordre psychique. Il est donc important de s'assurer que toutes les méthodes de contraception ont été envisagées.

L'intervention ne doit donc être faite que pour des **motifs sérieux**. La stérilisation doit être **une décision du couple et doit faire l'objet d'un délai de réflexion d'au moins 4 mois.**

Le.....
Signature :

GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Médecine de la reproduction et médecine fœtale

DEMANDE DE STERILISATION FEMININE

Je soussignée Madame (nom, prénom).....
née le.....

sollicite le Docteur.....afin qu'il réalise sur moi une stérilisation féminine pour les raisons médicales sérieuses dont nous avons discuté en consultation et après avoir pris connaissance, avec mon conjoint, de la technique qui a été envisagée, ainsi que des avantages et inconvénients, en sachant que des difficultés opératoires ou des contre-indications découvertes en cours d'intervention peuvent imposer l'abstention de l'opérateur.

J'accepte pleinement et entièrement le caractère définitif de la stérilisation, sachant que le taux d'échec est de 3 à 5 pour mille et qu'une reperméabilisation n'est qu'hypothétique et envisageable uniquement dans des circonstances exceptionnelles.

Enfin, **je donne mon consentement librement exprimé**, après avoir réfléchi plus de quatre mois.

Date :

Signature :

Résumé

Depuis 2001, la loi autorise la stérilisation féminine à visée contraceptive après un délai de réflexion de 4 mois.

La stérilisation tubaire par voie hystéroscopique utilisant le système de micro-implants Essure® est une méthode récente dont les avantages ne font plus désormais aucun doute.

La sage-femme est une interlocutrice privilégiée pour aider les femmes dans leur choix contraceptif. Elle possède un rôle important en matière de contraception et doit donc avoir une connaissance précise de tous les moyens existants pour empêcher la survenue d'une grossesse non désirée, y compris ceux qui se caractérisent par leur caractère définitif.

Par ailleurs on ne peut parler de contraception sans évoquer la sexualité qui va avec. Ces deux éléments sont étroitement intriqués. Nous nous sommes donc intéressés aux répercussions des méthodes contraceptives sur la vie sexuelle.

Nous avons donc réalisé une étude dont le but a été d'évaluer la sexualité féminine après une stérilisation tubaire par le système Essure®.

L'analyse de notre échantillon de population révèle l'absence d'impact de cette méthode de stérilisation sur la sexualité dans environ deux tiers des cas, et en cas de modifications on observe 4 fois plus souvent une amélioration de la sexualité qu'une altération.

Mots-clefs

- Contraception
- Stérilisation tubaire
- Sexualité
- Hystéroscopie
- Essure®