



HAL
open science

**Sexualité et grossesse, souhaits et ressenti des femmes.
Étude prospective multicentrique réalisée auprès de 112
patientes au huitième et neuvième mois de grossesse**

Denis Lemaître

► **To cite this version:**

Denis Lemaître. Sexualité et grossesse, souhaits et ressenti des femmes. Étude prospective multicentrique réalisée auprès de 112 patientes au huitième et neuvième mois de grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00672394

HAL Id: dumas-00672394

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00672394>

Submitted on 21 Feb 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGES-FEMMES.

Sexualité et grossesse, souhaits et ressenti des femmes

Etudes prospective multicentrique réalisée auprès de 112 patientes au huitième et neuvième mois de grossesse.

Mémoire présenté par
Mademoiselle Bénédicte LEMAITRE
Née le 10 juillet 1985

Diplôme d'état de sage-femme
Promotion 2010.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGES-FEMMES.

Sexualité et grossesse, souhaits et ressenti des femmes

Etudes prospective multicentrique réalisée auprès de 112 patientes au huitième et neuvième mois de grossesse.

Mémoire présenté par
Mademoiselle Bénédicte LEMAITRE
Née le 10 juillet 1985

Diplôme d'état de sage-femme
Promotion 2010.

Remerciements

À Madame DURIER, ma directrice de mémoire pour m'avoir guidée dans ce travail.

A Madame GIRON, qui m'a accompagnée dans ce travail.

*A Madame LE GUEN, pour m'avoir accompagnée tout au long de cette année, et pour
m'avoir soutenue dans l'achèvement de mémoire.*

ERRATUM

Page 35 : Les sources d'informations se partagent principalement entre internet (via des forums sur la grossesse ou des sites spécialisés), les livres ou revues, et une sollicitation importante de l'entourage

A Maxime,

*A Vincent,
Pour sa présence, sa patience, pour tout ce que nous avons partagé.*

*A mes parents,
Pour m'avoir fait confiance et m'avoir soutenue dans mes choix.*

*A Raphaëlle et Virginie,
Les meilleures sœurs qu'on puisse souhaiter.*

*Et aussi :
A Caroline : pour son efficacité.
A Marion pour avoir essayé de m'expliquer les stats.*

A la promotion 2010

Première partie : revue de littérature.

1) Sexualité de la femme en dehors de la grossesse.....page 2.

1.1) La séduction, le désir, et l'orgasme.....page 2

1.1.1) Mécanismes du désir.....page2.

1.1.2) Mécanismes de l'orgasme.....page 3.

1.2) Dysfonctions sexuelles en dehors de la grossesse.....page 4.

1.2.1) Facteurs somatiques.....page 4.

1.2.2) Facteurs psychologiques et affectifs.....page 5.

1.2.3) Influences culturelles et religieuses.....page 6.

2) Sexualité au cours des six premier mois de la grossesse.....page 7

2.1) Premier trimestre.....page 7.

2.1.1) Signes sympathiques de la grossesse.....page 8.

2.1.2) Craintes liées au début de la grossesse.....page 8.

2.1.3) Facteurs sociologiques.....page 9.

2.2) Second trimestre.....page 10.

2.2.1) Influence de l'échographie.....page 10.

2.2.2) Perception des premiers mouvements actifs fœtaux et irruption du fœtus dans la vie de couple.....page 11.

3)	<u>Sexualité de la femme au troisième trimestre de la grossesse.....</u>	page 12.
3.1)	<u>Modifications physiques.....</u>	page 12
3.1.1)	Fatigue et inconfort liés au développement de l'utérus.....	page 12.
3.1.2)	Regard de l'homme.....	page 12
3.2)	<u>Préparation du couple à l'arrivée de leur futur enfant.....</u>	page 13

<h2>Seconde partie : Enquête.</h2>

1)	<u>Matériel et Méthode.....</u>	page 16.
1.1)	<u>Population ciblée.....</u>	page 16
1.1.1)	Choix de la population.....	page 16
1.1.2)	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	page 17
1.2)	<u>Population interrogée.....</u>	page 18
1.3)	<u>Questionnaire.....</u>	page 18
1.3.1)	Choix de la méthode.....	page 18
1.3.2)	Construction du questionnaire.....	page 18
2)	<u>Déroulement de l'enquête.....</u>	page 22
2.1)	<u>Dates et lieux.....</u>	page 22
2.2)	<u>Réactions des patientes.....</u>	page 22
3)	<u>Résultats.....</u>	page 24
3.1)	<u>Caractéristiques de la population interrogée.....</u>	page 24
3.2)	<u>Sexualité pendant la grossesse.....</u>	page 25
3.2.1)	Poursuite ou interruption des rapports sexuels.....	page 25
3.2.2)	Changements au cours de la grossesse.....	page 26
3.2.3)	Interruption des rapports sexuels au cours de la grossesse..	page 29
3.2.4)	Facteurs influençant.....	page 30

3.3) Rôle des professionnels.....page 34
3.3.1) Constat.....page34
3.3.2) Souhaits des patientes.....page36

Troisième partie : discussion.

1) **Caractéristiques de la population étudiée.....page 38**

2) **Souhaits des patientes en matière d'information.....page 38**
2.1) Des femmes qui trouvent le bon interlocuteur.....page 39
2.2) Des contradictions.....page 39
2.3) Comment aborder le sujet ?.....page 40

3) **Sexualité et grossesse, confrontation à la littérature..... page 40**
3.1) Premier trimestre et signes sympathiques.....page 40
3.2) Changements en cours de grossesse.....page 41
3.3) Craintes vis à vis de l'enfant.....page 41
3.4) Second trimestre.....page 42
3.5) Parité.....page 42

Conclusion.....page 43

Bibliographie

Annexes

Introduction.

A l'origine du choix de ce thème, il y a eu une réflexion concernant nos pratiques professionnelles : « quelles sont les conséquences à long terme des épisiotomies sur la qualité de vie des patientes, et plus particulièrement sur leur sexualité ? »

Puis, ces réflexions se sont élargies à la sexualité des femmes enceintes et des jeunes mères. Au cours des stages, nous sommes amenées à prendre en charge des femmes venant consulter en urgence suite à des « métrorragies » ou des contractions utérines survenues après un rapport sexuel. Ces symptômes le plus souvent sans gravité inquiètent nos patientes qui redoutent de maintenir une activité sexuelle en fin de grossesse de peur que cela ne soit nuisible au fœtus.

« La capacité d'une personne à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité » est l'un des 14 besoins fondamentaux de l'être humain décrits par Virginia Henderson en 1947 (1). De ce fait, il semble indispensable de l'intégrer dans la prise en charge de nos patientes. Or, il se trouve que le sujet est rarement abordé durant la grossesse et les suites de couches.

Dans une société où maternité, et sexualité sont des notions clairement distinctes, il est difficile pour les professionnels de santé que nous sommes de parler de libido à nos patientes sans craindre de heurter leur pudeur ou la notre.

Aucune enquête n'a jamais démontré que dans le cadre d'une grossesse d'évolution normale, le fait de maintenir des rapports sexuels puisse nuire au développement de l'enfant ou à la santé de sa mère. Cependant, les tabous et superstition dans ce domaine sont nombreux et solidement ancrés dans la croyance collective (2); de ce fait, la sexualité est un sujet que patients et professionnels de santé rechignent à aborder durant la grossesse.

Le but de cette enquête sera de mieux connaître les modifications de la sexualité du couple durant la grossesse, les éléments pouvant influencer sur le comportement de l'homme et de la femme et les souhaits des couples en matière d'information et d'échange à ce sujet afin de l'intégrer au mieux à notre prise en charge de la grossesse et du couple durant cette période.

Première partie : revue de littérature.

1) Sexualité de la femme en dehors de la grossesse

1.1) La séduction, le désir et l'orgasme.

1.1.1) Mécanismes du désir (4), (25), (27).

La séduction et le désir découlent de stimuli exogènes et endogènes. Si les stimuli exogènes proviennent du partenaire (de façon volontaire ou non) et font appels à nos sens, les stimuli endogènes, en revanche, relèvent de l'imagination et du souvenir d'expériences précédentes. Ils sont propres à chacun (4).

La vue est le premier de ces sens à intervenir ; la silhouette, les caractères sexuels secondaires et les caractéristiques physiques de l'individu créent une première forme d'attrance. L'ouïe intervient également, le timbre d'une voix ou le mode d'expression employé peuvent être des moyens de séduction. Ces stimuli font appels aux goûts et préférences de chacun, ainsi qu'à des critères collectifs qui évoluent au grès des modes, des cultures et des époques. D'autres en revanche relèvent d'un mode de communication et de séduction plus universel, c'est le cas du sourire qui occupe une fonction fondamentale dans ce domaine. Il atteste tour à tour d'une volonté d'aller vers l'autre, de rechercher son approbation ou de témoigner de son plaisir (27).

Enfin, le toucher joue un rôle dans la recherche du contact de l'autre, par les caresses ou la stimulation de zones érogènes.

Les stimuli endogènes sont liés à la fantasmagorie de chaque individu et varient selon l'âge, l'expérience, et l'histoire de celui-ci.

Pour les adolescents, la recherche de l'acte sexuel relève du rite de passage à l'âge adulte mais aussi de la curiosité et de la recherche d'un plaisir imaginé.

Pour les adultes, le principal moteur sera le souvenir de plaisirs déjà éprouvés ainsi que la réalisation de fantasmes (25).

Il est à noter que dans l'espèce humaine, la séduction est une composante de l'existence sociale de l'individu. Contrairement à la plupart des espèces animales, elle ne répond pas uniquement à la nécessité de se reproduire pour perpétuer l'espèce. De même au sein du couple, la sexualité occupe une place importante, pour ne pas dire fondamentale dans l'établissement des liens conjugaux (et ce même en dehors de tout désir de grossesse). Cette dimension sociale et affective est à prendre en compte si on souhaite étudier les facteurs influençant la sexualité à différentes étapes de la vie du couple.

1.1.2) Mécanismes de l'orgasme (4), (7), (9).

Chez la femme, l'excitation sexuelle va entraîner des réactions réflexes de l'appareil génital permettant d'une part la facilitation de la pénétration de la verge, (par allongement et élargissement du vagin) et d'autre part l'amplification de la réceptivité sensorielle des zones érogènes primaires (4).

Ces réactions se caractérisent par la tumescence des formations érectiles (clitoris et bulbe vestibulaire) et semi-érectiles (formations labiales et paroi vaginale), sous le contrôle du système parasympathique.

Au niveau des formations labiales, une vaso dilatation artérielle entraîne un œdème des grandes lèvres qui s'écartent. Les petites lèvres s'épaississent ce qui contribue à l'écartement des grandes lèvres et à l'allongement du canal vestibulo-vaginal. En phase pré-orgasmique, elles prennent une couleur rouge vif du fait de la vaso dilatation.

Une exfiltration de lymphes interstitielle au travers de la paroi vaginale entraîne un phénomène de transsudation permettant de lubrifier cette paroi. La lubrification est encore accentuée par la sécrétion de mucus par les glandes de Bartholin.

L'allongement et la dilatation du canal vaginal concernent surtout les deux tiers profonds du vagin et seront augmentés par l'élévation de l'utérus et la contraction du diaphragme pelvien.

Le clitoris augmente de diamètre et son corps devient rigide, on assiste également à une tumescence importante des bulbes vestibulaires.

Au cours de l'orgasme, la plate forme orgasmique formée par le tiers inférieur du vagin se contracte grâce à la contraction des muscles pelviens (7), (9).

L'utérus se contracte également (la contraction partant du fond utérin se propage vers le col) et s'élève vers la cavité abdominale.

La phase de résolution ou de retour à l'état pré excitation est plus rapide chez la femme que chez l'homme, d'où la possibilité pour elle d'avoir plusieurs orgasmes (4).

1.2) Dysfonctions sexuelles en dehors de la grossesse (7), (9), (21)

Freud définissait la libido comme « le principe de plaisir ou l'exigence primordiale de satisfaction sensorielle » (21). Le terme d'exigence est ici particulièrement important pour expliquer les répercussions affectives d'une libido altérée au sein d'un couple.

Les dysfonctions sexuelles quant à elles, se définissent comme « des perturbations du déroulement des réactions sexuelles dues à des troubles du désir et/ou du plaisir chez les deux partenaires » (7), (9).

La grossesse est une période particulière de la vie du couple susceptible de mettre à mal leur libido ou de révéler des dysfonctions sexuelles, à l'inverse, pour certains, c'est l'occasion d'une redécouverte de l'autre et d'un épanouissement du couple. Dans tous les cas, il est primordial avant de se pencher sur la sexualité de la femme enceinte et ses éventuels désagréments de s'interroger sur d'éventuels troubles préexistants.

1.2.1) Facteurs somatiques, (4), (5), (7), (8), (9), (22).

Parmi les différents facteurs somatiques susceptibles d'influencer la sexualité du couple, nous nous pencherons dans un premier temps sur les symptômes d'origine féminine, puis sur les manifestations masculines.

Chez la femme (9), les dyspareunies se définissent comme une sensation douloureuse lors des rapports sexuels et plus particulièrement lors de la pénétration. On distingue habituellement plusieurs types de dyspareunies. Leur

mode d'apparition ainsi que leur localisation sont importants à préciser car ces éléments peuvent fournir des orientations diagnostiques et thérapeutiques (8).

En fonction de leur localisation on distingue d'une part les dyspareunies superficielles (douleurs à l'entrée du vagin) pouvant être causées par une cicatrice d'épisiotomie, une mutilation sexuelle pratiquée sur la femme ou une vaginose. D'autre part, les dyspareunies profondes (douleur dans le fond du vagin) causées par exemple par une endométriose. (5)

En fonction de leur mode d'apparition, on distingue les dyspareunies primaires des secondaires.

Les dyspareunies primaires (présentes dès les premiers rapports sexuels) sont retrouvées en cas d'endométriose ou de malformations génitales. Les dyspareunies secondaires qui apparaissent après une période sans douleur, sont plus fréquemment retrouvées en post partum ou après une intervention chirurgicale, elles sont de meilleur pronostic que les dyspareunies primaires.

Les dyspareunies, tout comme la frigidité (absence permanente de désir sexuel) ou l'anorgasmie (impossibilité d'obtenir un orgasme) peuvent également être la manifestation somatique de troubles psychologiques ou d'un traumatisme.

Chez l'homme, l'érection nécessite la mise en jeu coordonnée des éléments vasculaires du tissu érectile (dont les artères caverneuse et bulbo urétrale), ainsi que des fibres musculaires lisses et striées (dont les bandelettes musculaires striées situées de part et d'autre de la verge). (4)

Les dysfonctions sexuelles se caractérisent d'une part par des troubles de la fonction érectile (impuissance ou priapisme) ou des troubles de la fonction éjaculatoire (anéjaculation, éjaculation précoce ou éjaculation rétrograde).

Chez l'homme comme chez la femme, l'apparition de ces différents troubles peut être cause ou conséquence d'une dysfonction de la fonction érotique ou d'un autre problème d'ordre affectif dans le couple. Ce sont ces facteurs plus psychologiques que nous allons maintenant aborder.

1.2.2) Facteurs psychologiques et affectifs. (11), (22), (23), (25),

Selon une conception freudienne de la sexualité, celles-ci recouvre deux fonctions clairement distinctes dans l'imaginaire de l'individu : en premier lieu la reproduction de l'espèce qui est une composante « biologique » et en second lieu, la reproduction du plaisir qui elle est totalement subjective et donc soumise à variation selon l'état psychique de l'individu (11)

Les difficultés sexuelles rencontrées par un couple peuvent être l'expression d'un malaise concernant les deux partenaires, un seul ou encore les relations au sein du couple.(22), (27)

Une mésentente, des tensions ou des difficultés de communication au sein du couple sont peu propices aux stimulations érotiques et de ce fait peuvent se trouver à l'origine de divers symptômes. Ce malaise peut en effet avoir une expression somatique avec l'apparition de troubles tels qu'une dyspareunie secondaire, mais aussi entraîner une altération de la libido se traduisant par une diminution voire une absence de désir sexuel. Les difficultés sexuelles ne faisant qu'exacerber les tensions au sein du couple, une prise en charge avec un thérapeute (psychologue ou sexologue) sera nécessaire pour rompre le cercle vicieux.

Des facteurs psychologiques comme une dépression peuvent également être retrouvés. D'une part cette pathologie affecte les relations aux autres et donc la libido ; d'autre part, les médicaments utilisés pour la traiter ont un impact sur le comportement de la personne ainsi que sur son comportement sexuel. De plus, et nous rejoignons ici le premier point, ce type de pathologie est difficile à appréhender pour l'entourage et surtout le conjoint du patient, à ce titre, elle est susceptible d'altérer la relation de couple (25).

Des articles, (tels que ceux de Collier) (23) démontrent l'influence du recours à la PMA sur la libido des couples. L'impossibilité pour ces couples de concevoir un enfant de façon « naturelle » pose de nombreuses questions quand à la « compatibilité » de l'homme et de la femme. De plus, les examens et traitements employés impliquent une intrusion du corps médical dans l'intimité du couple. Enfin, dans le cas où la stérilité se prolonge, la conception d'un

enfant devient l'unique raison d'être des rapports sexuels dans le couple au détriment de l'érotisme ou de la recherche du plaisir.

Enfin, il nous faut citer les conséquences de traumatismes pouvant remonter à la petite enfance. Ces traumatismes concernent d'une part les victimes d'abus ou d'attouchements sexuels qui peuvent mettre des années voire ne jamais retrouver une sexualité « normale » et épanouie.

Cela concerne aussi les enfants ayant reçu une éducation trop rigide et culpabilisante et pour qui la gêne ou la honte supplante la recherche du plaisir.

1.2.3) Influences culturelles et religieuses (2)

En matière de sexualité, les influences culturelles et religieuses sont à prendre en considération dans la mesure où pour des pratiquants les consignes et les tabous imposés règlent leur vie quotidienne. Même dans le cas de couples pour lesquelles la religion n'occupe pas une place primordiale, les coutumes et traditions héritées des générations précédentes joueront un rôle dans l'organisation de la vie familiale ainsi que dans l'intimité du couple.

Si la plupart des religions monothéistes interdisent l'acte sexuel en dehors du mariage, en particulier pour les femmes pour lesquelles la virginité est une vertu ; aucune n'encourage le célibat, et toutes prônent la constitution de familles nombreuses ayant beaucoup d'enfants.

Le judaïsme considère l'acte sexuel dans le cadre du mariage comme une « mitza » (bonne action). Un chapitre de l'exode précise qu'un époux ne peut frustrer sa femme ni de nourriture, ni d'habillement, ni de son devoir conjugal. Cette obligation s'applique même en dehors de toute fonction reproductive, par exemple dans le cas d'une femme stérile, ménopausée ou enceinte.

Une seule période d'abstinence s'impose aux couples durant 7 jours pendant les règles. Pendant ce laps de temps, la femme est considérée comme impure, ce statut ne prend fin qu'après l'accomplissement d'un bain rituel le miqveh.

Le catholicisme quant à lui n'impose aux époux que deux règles : la fidélité et le devoir de « croître et multiplier » (la Genèse). La sexualité est ici étroitement liée à la fertilité du couple.

L'islam interdit l'adultère mais tolère la polygamie à condition que l'homme soit juste envers ses épouses. Les rapports sexuels sont prohibés durant les règles, mais aussi pendant la grossesse pour ne pas courir le risque de concevoir un second enfant.

Enfin, certaines coutumes africaines encouragent à l'abstinence durant la grossesse pour ne pas nuire à l'enfant. Cet interdit s'applique également à toute la durée de l'allaitement.

2) Sexualité aux cours des six premiers mois de la grossesse. (3), (10), (13), (14), (21), (24).

2.1) Premier trimestre. (3), (10), (13), (14)

Les travaux de Pasini, (3) ainsi que ceux de Master et Jonhson (21) décrivent le premier trimestre de la grossesse comme étant une période de diminution de l'activité sexuelle pour la plupart des couples. A cela plusieurs raisons :

En premier lieu, l'apparition des signes sympathiques de grossesse (en particulier les troubles digestifs) très inconfortables pour la femme et réduisant sensiblement sa libido (14).

Ensuite les craintes liées au début de la grossesse et au devenir de cet embryon, les futurs parents ne voulant pas courir le risque de nuire à leur enfant.

Enfin des considérations sociologiques concernant leurs responsabilités à venir et la réorganisation de leur famille et de leur couple autour de ce nouvel enfant.

Nous développerons tour à tour ces différents aspects.

2.1.1) Signes sympathiques de la grossesse (3), (14).

Sous influence de la HCG, plusieurs signes physiques accompagnent le premier trimestre de la grossesse, l'intensité, la durée, et les répercussions sur la vie quotidienne est très variable d'une femme à l'autre ; cependant, on note dans les études sur le sujet que certains signes sont généralement décrits comme particulièrement gênants.

Dans son étude, Pasini (3) avait demandé aux femmes interrogées de classer les raisons qui selon elles les avaient poussées à réduire leur activité sexuelle durant les trois premiers mois de la grossesse.

La fatigue était la cause la plus fréquemment citée, juste devant les nausées ou vomissements. Ces symptômes, outre l'inconfort qu'ils suscitent, n'aident pas la femme à se sentir désirable ou séduisante, ils l'amènent donc souvent à repousser les éventuelles avances de son compagnon ou du moins à ne pas les encourager.

Un autre phénomène fréquemment décrit est la tension mammaire ressentie par de nombreuses femmes durant cette période. Du simple inconfort à la douleur, les seins ne sont plus dans ces circonstances objets de séduction ou d'érotisme.

En raison entre autres de ces différents paramètres, l'étude décrivait chez les couples interrogés une réduction de l'activité sexuelle en termes de fréquence et/ou de satisfaction liée à l'acte ainsi qu'un recul de la libido et du désir.

2.1.2) Craintes liées au début de grossesse (2), (3), (4), (10),

Selon les études, les craintes les plus souvent décrites sont de plusieurs natures. Elles relèvent à la fois du manque d'information des couples (qui dans le doute s'abstiennent), de phénomènes physiologiques mais mal interprétés, et enfin des coutumes et superstitions (3), (2).

La peur de la fausse couche ou de nuire à l'enfant et à son bon développement est exprimée par de nombreux couples au début de la grossesse. Cette peur partagée par l'homme et la femme est plus souvent retrouvée chez les

primipares que chez les multipares sans doute parce que chez ces premières, aux doutes et à l'incertitude du premier trimestre s'ajoute la peur de l'inconnu.

Dans le cadre d'une grossesse dont l'évolution est favorable, aucune étude n'a démontré que le maintien d'une activité sexuelle puisse être nuisible. Cependant, sous influence de la grossesse, la contraction du muscle utérin qui suit l'orgasme chez la femme est intensifiée par rapport à la normale, pouvant aboutir à un spasme tonique, ce phénomène bien que normal peut être mal interprété par la femme qui le ressent et alimenter ses craintes ou sa culpabilité (4).

Aux éléments rationnels, il nous faut ajouter la part de mystique, de superstition et de traditions qui entoure cette période particulière où les futurs parents attendent d'être « fixés » sur le devenir de la grossesse (2), (10). Beaucoup d'entre eux attendront en effet la fin du troisième mois (et la première échographie) avant d'investir réellement la grossesse de crainte qu'une fausse couche n'y mette fin.

De plus, comme nous l'avons vu plus haut, il est de coutume dans certaines traditions ou religions que la période de la grossesse soit une période d'abstinence pour le couple afin de préserver le futur enfant.

2.1.3) Facteurs sociologiques.(15) (23), (26)

Quelle que soit la situation familiale préexistante et le contexte dans lequel s'inscrit l'annonce de l'arrivée du futur enfant ; (que cette grossesse soit fortuite ou désirée de longue date), cet événement remet en cause l'équilibre familiale ou l'équilibre du couple dans le cas d'une « primi-parentalité ». Bien entendu, selon les circonstances, l'impact sur la famille et en particulier les parents ne sera pas le même (26).

La future naissance implique nécessairement des questionnements d'ordre socio économiques ou organisationnels.

Nous avons évoqué plus haut les effets d'un changement de nature des relations sur la sexualité d'un couple. L'arrivée d'un nouvel enfant ou le passage du statut

d'amants à celui de parents n'est pas un événement anodin et peut donc être source d'interrogations voire de tensions (15), (23).

On pourrait résumer le premier trimestre comme étant à la fois celui de toutes les craintes et de tous les questionnements quand au devenir de la grossesse. Dans le même temps, les premières manifestations physiques font prendre conscience à la femme de la réalité de cette grossesse. Sur le plan de l'épanouissement sexuel en revanche, les signes sympathiques ainsi que les nombreuses interrogations ne laissent guère de place à cette dimension de la vie du couple.

2.2) Second trimestre. (4), (14), (10), (18)

Dans la plupart des enquêtes, le second trimestre de la grossesse est décrit comme la période de la grossesse pendant laquelle la sexualité des couples est la plus épanouie (4), (14).

Selon ces mêmes enquêtes, plusieurs facteurs somatiques mais aussi psychologiques expliquent cette évolution.

Les premiers symptômes de la grossesse : nausées, vomissements et tension mammaire en particulier régressent généralement au quatrième mois.

Durant cette période, les femmes se sentent généralement en forme, ce d'autant plus que le volume de l'utérus ne constitue pas encore une source d'inconfort et qu'elles peuvent demeurer actives.

2.2.1) Influence de l'échographie (10), (18).

L'échographie du premier trimestre donne à l'enfant une existence plus « réelle » à une période où la grossesse n'est pas encore visible. Elle permet aux parents de se rassurer sur le bien être et l'évolution fœtale (d'autant que les mouvements fœtaux ne sont pas perçus avant 16 semaines d'aménorrhée pour les primipares). Cependant, elle donne du fœtus l'image d'un « bébé » et donc d'une personne à part entière qui va désormais partager la vie du couple.

Cette image est encore renforcée au second trimestre lorsque l'enfant devient un être sexué. La plus part des futurs parents souhaitent aujourd'hui connaître le sexe de leur enfant à venir et ce dès 22 semaines d'aménorrhée.

2.2.2) Perception des premiers mouvements actifs fœtaux et « irruption » du fœtus dans la vie du couple (10), (14), (24).

La fausse couche redoutée au premier trimestre n'est plus considérée comme une menace à ce stade, d'autant plus que la première échographie a permis de rassurer les futurs parents quant à l'évolutivité de la grossesse. Ce constat implique que les parents vont désormais pouvoir investir pleinement la grossesse et se préparer à l'arrivée de leur futur enfant.

La perception des premiers mouvements fœtaux constitue un événement important de la grossesse. Pour les deux parents, c'est un argument de plus pour être rassurés quant à l'issue de la grossesse, cependant, ils le perçoivent tous deux différemment (14).

Pour la future mère, c'est une première forme de communication avec son enfant, communication dont son compagnon se sent exclu dans un premier temps. De plus, ces mouvements ainsi que l'échographie du premier trimestre donnent à l'enfant une existence plus réelle. Cette nouvelle personne va faire irruption dans la vie du couple et dans son intimité (10).

Pour le père, l'enfant est, consciemment ou non perçu comme un rival avec lequel il faut partager le corps de sa compagne (24).

3) Sexualité de la femme au troisième trimestre de la grossesse.

3.1) Modifications physiques. (4), (14), (17).

3.1.1) Fatigue et inconfort liés au développement de l'utérus. (4), (17), (14)

L'enquête de Pasini (4) décrivait le troisième trimestre de la grossesse comme donnant lieu à d'importantes modifications du comportement sexuel du couple. Le même phénomène est décrit dans d'autres études.

Ces modifications consistent en une diminution de la fréquence des rapports sexuels voire un arrêt au profit d'activités dites de « substitution » (massages, ou caresses en particulier). Pour certains couples, ces activités de remplacement permettent, outre le maintien d'une intimité et d'une sensualité, qu'une place plus importante soit accordée à la tendresse et à la complicité (14).

Dans cette même enquête, les couples donnaient plusieurs explications à leur changement de comportement dont les transformations importantes du corps de la femme. L'augmentation du volume abdominal, mais aussi du volume des seins influence la libido de la femme ainsi que sur l'image portée sur elle-même, (beaucoup se sentent moins voire plus du tout désirables et, de ce fait, fuient le regard et le contact de leur compagnon) et un impact sur le désir du conjoint (17).

Outre les considérations esthétiques, divers maux liés à l'évolution de la grossesse sont considérés comme une gêne importante à l'intimité des couples. On retrouve les troubles digestifs tels que les nausées ou pyrosis, mais aussi les algies diverses parmi lesquelles les douleurs abdominales, sciatiques, ou douleurs lombaires.

3.1.2) Regard de l'homme (17), (23)

Le point de vue de l'homme est également à prendre en compte à ce stade de la grossesse. Ici ce ne sont plus ses craintes qui sont au cœur du débat, mais bel et bien le regard qu'il porte sur sa femme et sur le rôle de mère qu'elle doit endosser.

Dans notre culture, maternité et féminité n'ont pas pour coutume d'être associés, aussi le compagnon va-t-il avoir tendance à s'effacer pour faire place à l'enfant tant le fait d'avoir des relations sexuelles avec « une mère » semble inconcevable. Pour certains, c'est sa propre mère que l'homme reconnaît en la personne de son épouse, l'interdit sexuel dans ce cadre relevant du tabou de l'inceste et du complexe d'Œdipe (23).

Enfin, pour certains hommes, le corps de leur compagne enceinte n'est pas considéré comme désirable ou attirant. Dans ce cas, ce sont des critères purement esthétiques qui vont altérer la libido du couple et tout particulièrement le désir chez l'homme (14).

3.2) Préparation du couple à l'arrivée de leur futur enfant. (16), (18), (19)

Comme nous l'avons vu précédemment, le passage du statut de couple à celui de parents se fait de façon progressive (19).

Une première étape est franchie lors de l'annonce de la grossesse suscitant de nombreuses questions quant aux responsabilités qui vont incomber aux futurs parents et à la réorganisation familiale qui découlera de cette naissance.

La seconde étape lors de la perception des mouvements actifs fœtaux permet à l'enfant de devenir plus concret et plus réel dans l'esprit de ses parents, et aussi de commencer à prendre sa place au sein de la famille.

La dernière étape avant la naissance consistera à préparer la venue de cet enfant d'un point de vue plus "matériel" (meubles, vêtements, matériel de puériculture).

Lors des dernières semaines de la grossesse, le couple est tourné vers ces préparatifs et vers l'arrivée de l'enfant, plus investi dans leur rôle de futurs parents que dans celui d'amants.

Ces dispositions psychologiques s'ajoutent aux contraintes physiques et esthétiques liées à l'avancement de la grossesse et contribuent à altérer la sexualité du couple (18).

Enfin, les dernières semaines de la grossesse font souvent l'objet d'un suivi médical plus intensif, ou du moins d'un contact plus étroit avec le milieu médical. Ce contact se manifeste par les consultations prénatales, et les séances de préparation à la naissance et la parentalité. Cette médicalisation, si elle rassure généralement les parents peut aussi « déposséder » la femme de son corps dans la mesure où elle se remet aux soins des professionnels. De même, pour son compagnon, c'est l'image de future mère qui supplante celle d'amante.

Cette sensation est encore accentuée par les réactions de l'entourage qui manifeste plus d'intérêt au fœtus et au futur enfant qu'à la femme qui le porte. La femme si elle se sent réduite à son rôle de parturiente ne se considère plus elle-même comme séduisante et comme une amante pour son conjoint.

Seconde partie: Enquête

Cette enquête avait pour principal objectif de connaître les souhaits de nos patientes en matière d'information sur la sexualité pendant la grossesse.

Les objectifs secondaires étaient de mieux connaître cette dimension de la grossesse et les facteurs pouvant l'influencer afin de répondre au mieux aux éventuels besoins des couples.

Il s'agit d'une enquête prospective multicentrique, à visée descriptive.

1) Matériel et méthode

1.1) Population ciblée.

1.1.1) Choix de la population.

Bien que la sexualité soit affaire de couple avant tout, dans le cadre de notre exercice professionnel, nous nous adressons plus fréquemment et plus aisément aux femmes. Pour cette raison, c'est vers elles que nous avons décidé d'orienter notre enquête.

Dans un premier temps, nous avons envisagé une méthodologie basée sur des questionnaires réalisés en suites de couches. Après réflexion, ce choix semblait peu judicieux. En effet, compte tenu de la proximité de l'accouchement et des désagréments qu'occasionne cette période (douleurs cicatricielles, ou encore montée de lait), le moment semblait mal choisi pour parler de sexualité, d'autant que ce sujet ne fait pas partie des préoccupations des jeunes mères (dont l'attention est généralement plus tournée vers leur enfant).

Nous avons donc décidé de nous adresser à des femmes enceintes plutôt qu'à des accouchées.

Le choix du terme auquel nous allions mener notre enquête a été appuyé sur la littérature. Les enquêtes précédentes révélaient des modifications du comportement sexuel réparties entre le premier, le second et le troisième trimestre, aussi il nous semblait important d'interroger des femmes au cours des

dernières semaines de la grossesse afin d'avoir une vision globale de la façon dont elles avaient vécu ces différentes périodes. Cependant, en cherchant à aller au plus proche du terme, nous courrions le risque de voir notre cohorte nettement diminuée, aussi avons nous résolu de nous adresser aux femmes enceintes à partir de 34 semaines d'aménorrhée.

1.1.2) Critères d'inclusion et d'exclusion.

Les travaux de Master et Jonhson, ainsi que l'enquête de Pasini notaient une différence du comportement et du ressenti de la grossesse en fonction de la parité. Même constat pour Anne Costiou, avec un vécu de la grossesse et de la sexualité durant cette période plus épanoui pour les multipares. Nous avons souhaité prendre en compte et explorer cette dimension en incluant à notre population cible des primipares et des multipares. Nous avons fait préciser aux femmes si il s'agissait de leur premier, second troisième enfant ou plus.

En ce qui concerne les multipares, le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne) lors des grossesses précédentes n'étant pas, en lui même, un facteur influençant en matière de sexualité pour la grossesse actuelle, nous avons inclus à notre enquête les femmes présentant un utérus cicatriciel. En revanche, les éventuels antécédents d'accouchements prématurés étaient précisés.

Nous avons exclu de notre enquête les femmes présentant des pathologies obstétricales susceptibles de contre indiquer les rapports sexuels durant la grossesse ou de modifier le comportement du couple du fait d'une plus grande angoisse. De ce fait, les patientes ayant présenté un placenta prævia, une menace d'accouchement prématuré (ou une grossesse cerclée), ainsi qu'une rupture prématurée des membranes constituaient des critères d'exclusion de l'enquête.

Les patientes séparées de leurs conjoints durant la grossesse ont été exclues de la population ciblée. Non pas que le célibat implique une absence d'activité sexuelle ou une inhibition de la libido, mais il nous a semblé maladroit d'interroger ces femmes quant à leurs rapports amoureux.

Nous avons également exclues de l'enquête les patientes ne maîtrisant pas suffisamment la langue française pour pouvoir répondre aux questions.

1.2) Population interrogée

Au final, deux lieux ont été retenus pour diffuser le questionnaire : la clinique de gynécologie obstétrique du CHU de Rouen, et le centre hospitalier du Belvédère. Nous souhaitons en diversifiant les lieux de distribution pouvoir toucher la population la plus large possible.

1.3) Questionnaire (Annexe 1)

1.3.1) Choix de la méthode

Le but de cette enquête était de connaître de façon générale le ressenti des femmes et leur vécu de la sexualité pendant la grossesse, mais aussi d'orienter le type d'information et la façon dont il convient de la donner dans notre exercice quotidien. Dans cette optique, il nous était nécessaire de recruter un panel assez large de personnes à interroger. Ne pouvant, pour ce type de sujet, avoir recours aux dossiers médicaux des patientes, nous avons fait le choix d'un questionnaire abordant les différents points que souhaitons étudier.

L'anonymat de ce questionnaire s'est imposé afin d'obtenir des réponses fiables. En effet, sans cette condition, les femmes auraient pu se sentir jugées ou refuser de participer à l'enquête.

Nous avons fait le choix de demander aux femmes de répondre seules à ce questionnaire, en l'absence de leur conjoint. Cette décision nous prive certes d'un point de vue masculin sur le sujet, mais nous permet d'obtenir des patientes des réponses en toute franchise sans risquer de semer la discorde dans le couple. De plus, la présence du conjoint est souvent plus aléatoire en consultation.

1.3.2) Construction du questionnaire

Les trois premières questions ne font pas partie de l'étude mais permettent de vérifier les critères d'inclusion à l'enquête en s'assurant que la grossesse de la patiente a été d'évolution normale et que le terme de 34 semaines d'aménorrhée est atteint. En effet, dans la mesure où le questionnaire était anonyme, nous ne disposions d'aucun moyen de vérifier à posteriori que la patiente répondait aux critères d'inclusions et d'exclusions de l'enquête.

Le questionnaire se décompose ensuite en quatre parties ; elles s'orientent respectivement autour :

- de l'homme et de la femme (profil psycho-social)
- du couple (son histoire et sa sexualité avant la grossesse)
- de la grossesse (le vécu et le ressenti des patientes)
- des souhaits des femmes en matière d'information ou d'échange avec les professionnels de santé au sujet de la sexualité pendant la grossesse.

1.3.2.1) A propos de vous et de votre conjoint (questions 1 à 9)

Le but de cette première partie était d'une part de mieux appréhender le profil socio-culturel et psychologique de la patiente interrogée, et d'autre part de permettre une « entrée en matière ». Nous commençons donc ici par lui demander si elle s'était déjà posé des questions concernant la sexualité pendant la grossesse.

Nous revenons également sur les antécédents obstétricaux, la parité, ainsi que la survenue de complications lors des grossesses antérieures pouvant influencer le comportement du couple durant la grossesse actuelle.

Il nous semblait important de faire préciser l'âge de la patiente, en effet, on peut supposer qu'une femme plus âgée ayant déjà eu un ou plusieurs enfants aura un vécu de sa sexualité différent de celui d'une jeune primipare.

L'origine géographique, l'appartenance et la pratique religieuse nous informe sur les influences culturelles de la patiente et de son conjoint. Nous avons vu précédemment que les coutumes, tabous et traditions pouvaient largement s'immiscer, voire réglementer l'intimité d'un couple. Nous avons tenu à ce que ces éléments soient précisés pour les deux partenaires.

Enfin, l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle ainsi que le niveau d'étude nous permettent de compléter le profil psycho-social de notre patiente, et de préciser les caractéristiques de notre population.

1.3.2.2) A propos de votre couple (questions 10 à 14)

Cette partie a pour but de nous permettre de mieux appréhender le vécu de la sexualité avant la grossesse. Les études précédentes démontraient que les couples ayant eu une sexualité épanouie avant la grossesse la conservait généralement, voire notaient une amélioration au cours de la grossesse, à l'inverse, pour les couples où les problèmes étaient pré-existants, les troubles ne faisaient que s'accroître. Il nous semblait donc intéressant d'avoir au moins le point de vue de la femme à ce sujet.

Concernant le couple, nous souhaitions savoir si la durée de vie commune et la fréquence des rapports sexuels pouvaient influencer le déroulement et le vécu de la grossesse.

Concernant la femme, nous souhaitions ici savoir si le fait d'avoir eu d'autres expériences avec d'autres partenaires avant son conjoint actuel lui permettait de vivre une sexualité plus épanouie.

Nous avons laissé ouvertes les réponses aux questions 12 et 14, en partant du principe qu'en matière de nombre de conjoints, ainsi que de fréquences hebdomadaire des rapports sexuels, si il existe des moyennes, il n'y a pas de normes, et nous ne voulions pas sous entendre de jugement de valeur au cas où nos patientes ne se seraient pas retrouvées dans les chiffres proposés.

1.3.2.3) A propos de votre grossesse (questions 15 à 27)

Nous abordons maintenant les différents aspects de la sexualité durant la grossesse ; à savoir les facteurs pouvant l'influencer et le ressenti de la patiente dans un premier temps, et dans un second temps, l'attitude des professionnels de santé.

La question 15 nous permet de reprendre les symptômes les plus fréquemment décrits comme étant une gêne au maintien de la sexualité. Ces symptômes évoluant au cours de la grossesse, nous les avons répartis entre le premier, second et troisième trimestre.

Nous avons souhaité savoir si certains couples avaient pu interrompre puis reprendre une activité sexuelle au cours des différents mois, et si tel était le cas, qui

prenait l'initiative. En effet, la grossesse évoluant sur une période de neuf mois, nous ne pouvions l'aborder de façon figée, il nous fallait une approche dynamique. De plus, si la femme peut voir sa libido altérée au premier trimestre de la grossesse à cause des signes sympathiques par exemple, l'homme de son côté sera plus gêné par la présence de l'enfant et l'image de « mère » que lui renvoie le corps de sa compagne plus tard dans l'évolution de la grossesse.

Nous revenons sur ces différents points à la question 20 en demandant les raisons d'une éventuelle interruption des rapports. Malheureusement, du fait que nous n'interrogeons que les femmes, nous ne pouvons pas connaître plus précisément les raisons qui poussent les hommes à modifier leur sexualité avec leurs compagnes enceintes.

Les questions 17 à 19 nous permettent d'évaluer le ressenti de la patiente au cours de la grossesse. En effet, si pour certains couples des troubles de la fonction sexuelle peuvent se révéler ou s'amplifier durant cette période, pour d'autres en revanche, c'est l'occasion d'une redécouverte.

Nous abordons ensuite dans les questions 21 à 27, la façon dont le sujet a pu être traité par les différents professionnels de santé rencontrés au cours de la grossesse.

Nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle, la sexualité de la femme enceinte demeurerait un sujet tabou et donc pas ou peu évoqué que se soit par les professionnels ou par les patientes, nous tentons donc ici de vérifier cette hypothèse.

Pour cela, nous voulons savoir si les patientes ont reçu quelque information à ce sujet, et par qui. Si tel n'est pas le cas, nous voulons en connaître les raisons.

1.3.2.4) A votre avis (questions 28 à 31)

Comme le laisse supposer l'intitulé de cette dernière partie, l'enjeu est ici de connaître les souhaits des patients en matière d'information ou plus largement d'échange à ce sujet au cours de la grossesse. Nous leur demandons donc où, quand, comment et avec qui elles souhaiteraient éventuellement discuter.

Nous terminons ce questionnaire par une question ouverte, demandant aux femmes si elles souhaitent nous faire part de remarques ou réflexions à ce sujet. La sexualité étant un sujet vaste, notre questionnaire est loin d'être exhaustif, et il nous semblait intéressant de savoir si nos patientes mettraient l'accent sur tel ou tel aspect que nous n'avions pas abordé.

2) déroulement de l'enquête

2.1) Dates et lieux

L'enquête s'est déroulée du 6 juillet au 10 août 2010. Le questionnaire a été soumis au préalable à l'accord des cadres de santé dans les services concernés.

Nous les avons distribués dans les services de consultation prénatale du CHU de Rouen, ainsi qu'au centre hospitalier du Belvédère. Nous avons interrogé les patientes se présentant pour leurs consultations des huitième et neuvième mois, ou se rendant aux cours de préparation à la naissance.

Cette enquête s'est déroulée avec enquêteur, nous avons reçu l'aide des étudiants sages-femmes présent en stage, ainsi que celle des internes de médecine générale qui ont accepté de distribuer les questionnaires à leurs patientes du Belvédère lors de leurs consultations.

Nous avons laissé les patientes répondre seules aux questions et demandé aux conjoints lorsqu'ils étaient présents de s'éloigner un moment.

2.2) Réactions et retours des patientes.

Au total, nous avons interrogé 129 femmes dont 25 au CHU de Rouen et 104 au centre hospitalier du Belvédère.

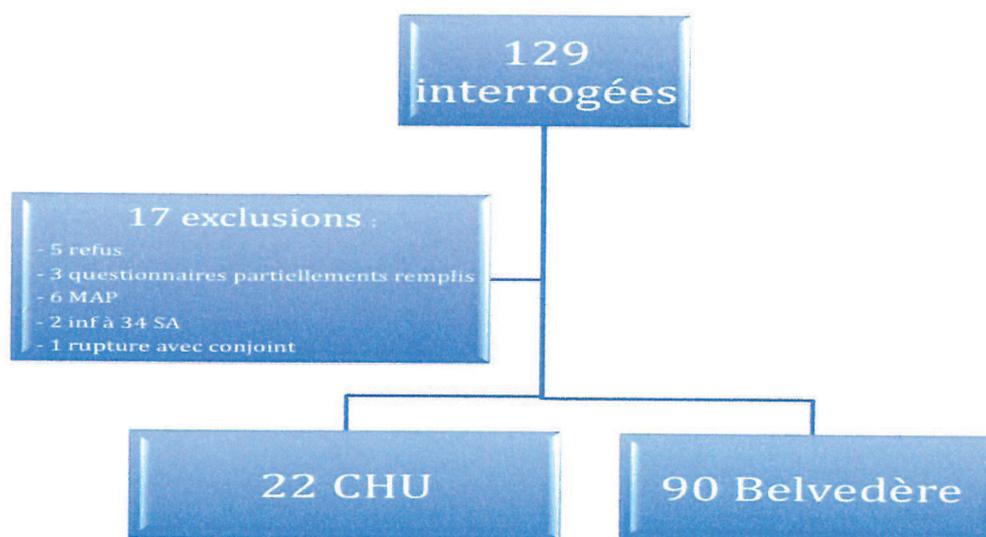
Cette répartition s'explique sans doute par une présence plus importante de l'enquêtrice au Belvédère qu'au CHU et donc bien plus active dans le déroulement de l'enquête.

Parmi les femmes interrogées ;

- 5 ont refusé de répondre à l'enquête à l'énoncé du sujet.
- 3 ont accepté dans un premier temps mais n'ont pas rendu le questionnaire.
- 2 étaient à un terme inférieur à 34 SA
- 6 avaient été hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré, pendant plus de 24 heures.
- 1 nous a dit avoir été quittée par son conjoint au second trimestre de la grossesse.

Au final, nous avons récupéré 112 questionnaires exploitables.

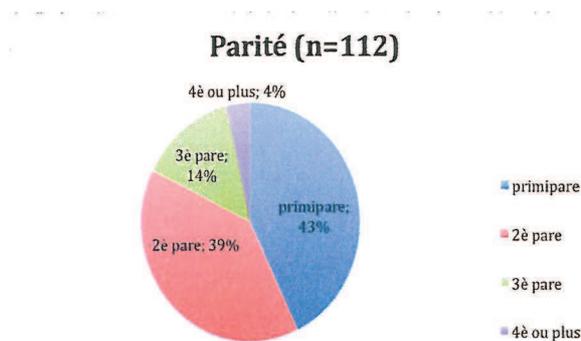
Dans l'ensemble, les réactions des personnes interrogées ont été positives, et de nombreuses remarques nous ont été faites en rapports avec le sujet, tant par les patientes que par les professionnels rencontrés au cours de notre enquête.



3) Résultats

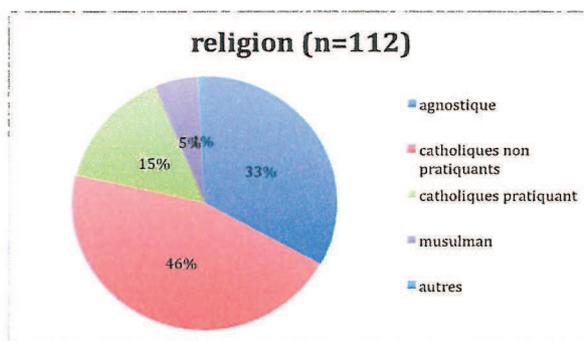
3.1) Caractéristiques de la population interrogée.

Notre population se compose de 112 femmes enceintes au huitième ou neuvième mois de grossesse.



Nos patientes ont entre 18 et 44 ans, avec une moyenne d'âge de 28,8 ans. Ce sont principalement des primipares (42,86%), ou des secondes paires (39,29%).

Nous souhaitons connaître les influences culturelles et religieuses s'exerçant sur les couples ; aussi nous leur avons nous demandé quelles étaient leurs origines géographiques et leurs convictions religieuses.

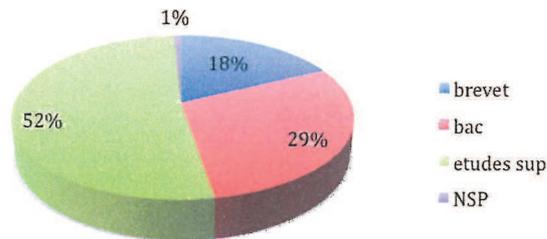


En ce qui concerne les appartenances religieuses, 60,6% des couples sont catholiques, mais seuls 5,3% se disent pratiquants.

Nous comptons 5,4% de musulmans, et 33% de notre échantillon dit n'appartenir à aucune confession religieuse.

Les origines géographiques de notre population sont cohérentes avec ces chiffres. En effet, les femmes interrogées sont dans 87% des cas originaires d'Europe de l'ouest. Les 3% restant représentent les femmes originaires du Maghreb.

niveau d'étude (n=112)

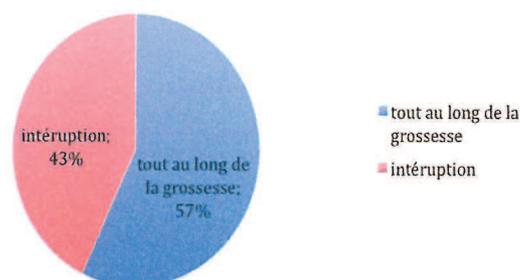


En ce qui concerne les caractéristiques sociales de nos patientes, 82,15% d'entre elles exercent une activité professionnelle (employées pour 53,57% d'entre elles). 51% de notre population a fait des études supérieures. Nos patientes présentent donc un niveau socio économique élevé.

3.2) Sexualité pendant la grossesse.

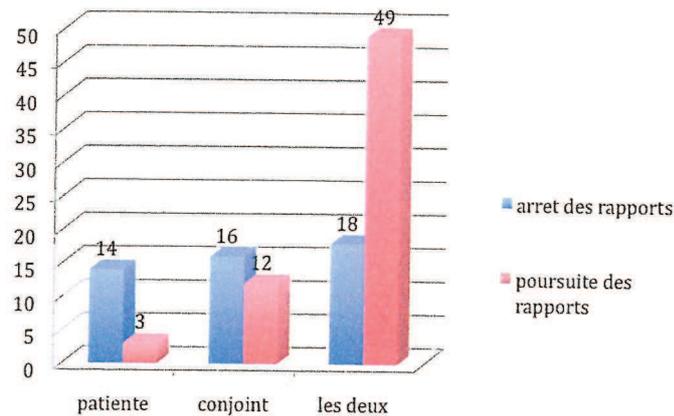
3.2.1) Poursuite ou interruption des rapports sexuels.

poursuite des rapports (=112)



Parmi les femmes interrogées au cours de notre enquête, 57,14% ont eu des rapports sexuels tout au long de la grossesse, contre 42,86% qui ont interrompu leur activité sexuelle de façon temporaire ou définitive.

Initiative d'arrêt ou de poursuite des rapports (n=112).



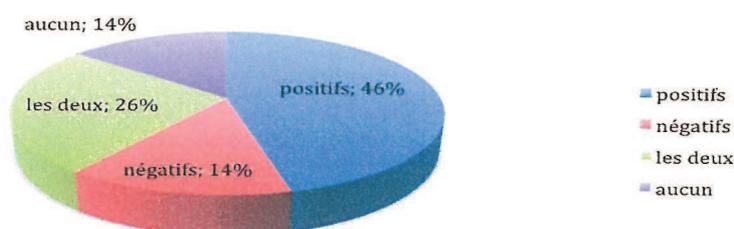
Nous avons demandé aux patientes qui dans le couple a souhaité interrompre ou poursuivre les rapports sexuels. Selon celles ayant eu une activité sexuelle, dans 76% des cas, il s'agissait d'un souhait commun ; en revanche, pour 18,7% des femmes interrogées, le maintien d'une activité sexuelle tout au long de la grossesse répondait à un désir de leur conjoint.

3.2.2) Changements au cours de la grossesse

Pour cette partie, nous avons pris en considération les réponses des femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des second et troisième trimestres de la grossesse. Au total, 98 femmes correspondaient à ce critère dans notre échantillon. Les 14 femmes qui avaient interrompu toutes relations sexuelles dès les premières semaines n'ont généralement pas répondu aux questions concernant le déroulement de la grossesse.

Pour les couples qui ont eu des rapports sexuels au cours des seconds et troisièmes trimestres de la grossesse ; on note de nombreuses modifications tant au niveau des comportements que du ressenti des patientes.

changements pendant la grossesse (n= 98)



D'après notre enquête, 85,71% des femmes interrogées ont remarqué des changements dans les relations qu'elles entretiennent avec leurs conjoints au cours de la grossesse.

- 45,92% ont noté des changements positifs
- 14,29% ont noté des changements négatifs
- 25,51% ont noté des changements en positif et en négatif.

changements	positif	plus de caresses	29
			plus de tendresses et de complicité
		orgasmes plus fréquents	3
		autre	4
	négatif	manque de communication	4
		discordances	20
		dyspareunie	2
		inconfort	4
		diminution de fréquence	4
		moins de plaisir	4
		autre	4

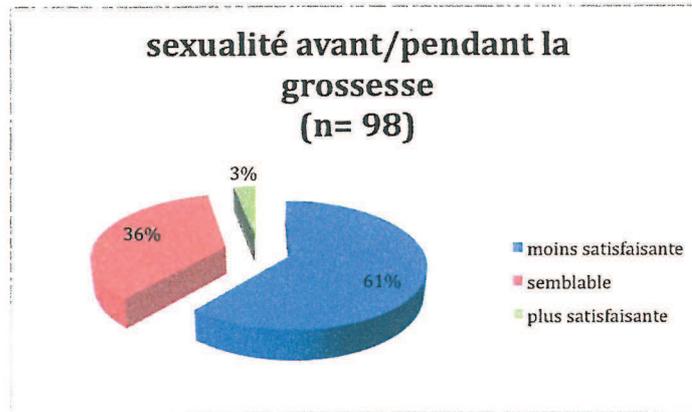
Parmi les changements positifs, nous retrouvons principalement : plus de caresses, de tendresse et de complicité entre l'homme et la femme.

Trois patientes nous ont dit avoir des orgasmes plus fréquents ou plus « facilement » qu'en dehors de la grossesse.

En ce qui concerne les changements négatifs, le principal grief des femmes est une discordance entre leurs désirs et ceux de leurs conjoints.

Certaines d'entre elles ont souligné l'inconfort lié au volume utérin en fin de grossesse et la difficulté à trouver des positions adéquates, ainsi que l'apparition en cours de

grossesse de dyspareunies liées à une sécheresse vaginale. Ces différents désagréments ont parfois été cités comme causes directes d'une interruption des rapports sexuels. (Les patientes nous ont souvent donné plusieurs réponses à cette question).



Nous avons demandé aux patientes de juger leur sexualité avant et pendant la grossesse. Les réponses proposées étaient :

- pas ou peu satisfaisante
- satisfaisante
- très satisfaisante

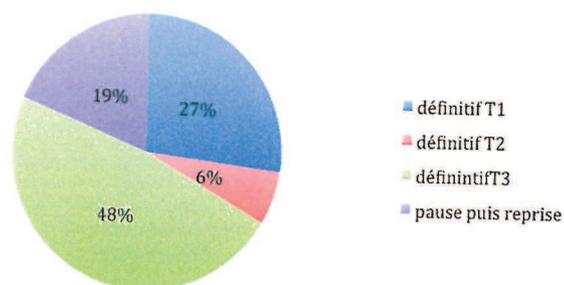
Nous avons ensuite comparé les réponses entre avant et pendant la grossesse pour les 98 femmes de notre échantillon qui ont eu des rapports sexuel durant les second et troisième trimestre de la grossesse.

Au total, 60 patientes ont noté une moindre satisfaction pendant la grossesse, 35 n'ont pas modifié leurs réponses, et 3 ont noté une amélioration.

Les patientes qui se sont dit moins satisfaites pendant la grossesse qu'avant nous ont donné plusieurs explications. La plupart accusent un manque de désir pendant la grossesse, un inconfort lié au volume de l'abdomen, ou encore une diminution de la fréquence des rapports.

3.2.3) Interruption des rapports sexuels au cours de la grossesse

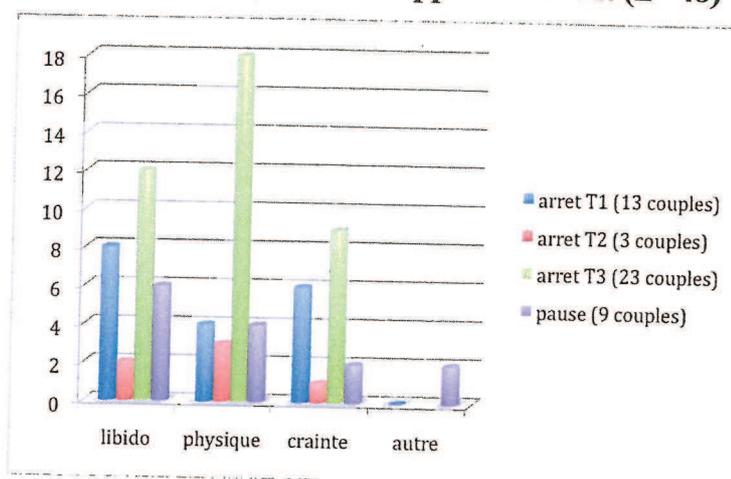
interruption des rapports sexuels (n= 48)



48 femmes que nous avons interrogées ont interrompues leur activité sexuelle au cours de la grossesse, nous avons cherché à en connaître les raisons ainsi que les facteurs pouvant influencer sur le comportement des couples.

La plupart des couples qui cessent d'avoir des rapports sexuels au cours de la grossesse le font au premier (13 couples) ou au troisième trimestre (23 couples).

Causes d'interruption des rapports sexuels. (n= 48)



Les causes d'interruption des rapports sont en général multiples. On retrouve principalement une altération de la libido et les modifications physiques dues à la grossesse aux second et troisième trimestres.

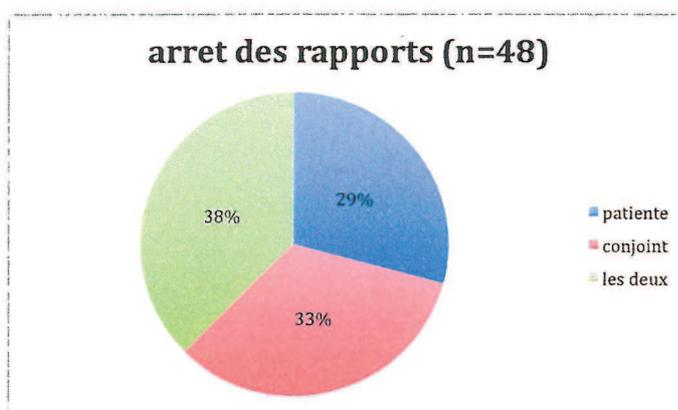
Dans la majorité des cas, les causes d'interruption sont multiples, associant plusieurs facteurs.

Parmi les couples ayant cessé toute activité sexuelle dès les premières semaines de grossesse, certains ont retenu notre attention.

Dans un cas, la femme nous a dit : « je me sens comblée avec mon bébé dans mon ventre et je ne peut pas associer sexualité et enfantement ».

Nous avons retrouver les mêmes réticences mais cette fois ci venant d'un homme qui refusait lui aussi tout rapport sexuel avec sa compagne, et cela dès l'annonce de la grossesse.

Dans les deux cas, il ne s'agissait pas de considérations religieuses, mais plutôt d'un blocage psychologique et d'une impossibilité d'associer sexualité et maternité.



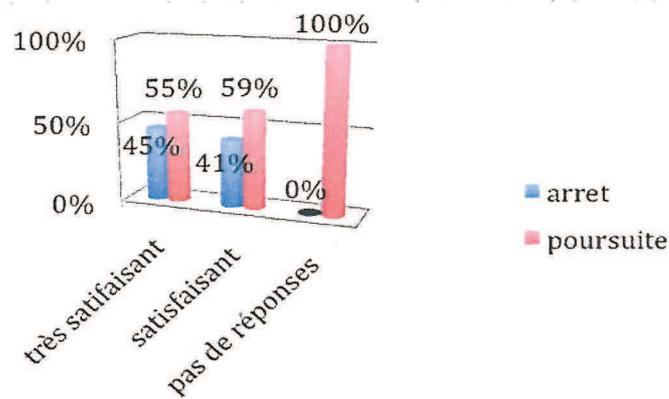
Quelque soit le terme et les causes de l'interruption des rapports sexuels, la prise de cette initiative est équitablement répartie entre l'homme, la femme, et une décision conjointe du couple.

3.2.4) Facteurs influençant

Dans la littérature, nous avons trouvé plusieurs facteurs pouvant influencer sur la sexualité durant la grossesse. Nous avons donc cherché à mettre en évidence certains de ces facteurs.

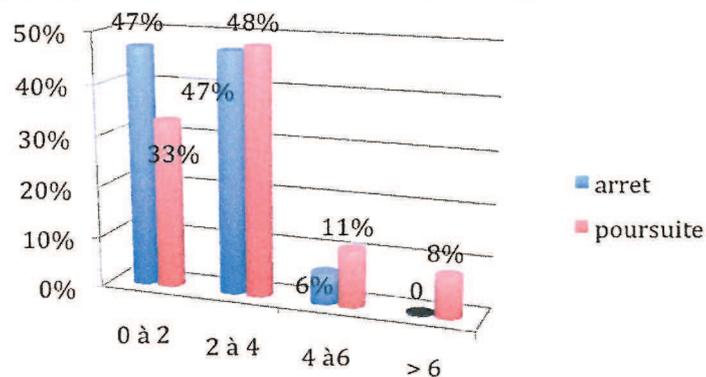
La vie du couple avant le début de la grossesse peut influencer sur le comportement durant ces neuf mois.

Influence de la sexualité avant la grossesse (n= 112)



En ce qui concerne l'épanouissement avant la grossesse, on ne note pas de différences significatives entre les patientes qui ont qualifié leur sexualité avant la grossesse de « satisfaisante » et celles qui l'ont qualifié de « très satisfaisante ». Cette évaluation ne semble pas influencer le comportement du couple au cours de la grossesse, en effet, 45% des patientes « très satisfaites » avant la grossesse ont interrompu leurs rapports contre 41% des « satisfaites ».

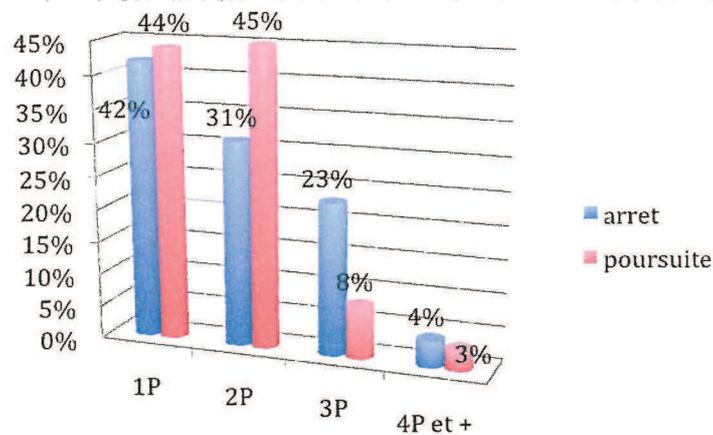
Influence de la fréquence des rapports sexuels (n=112)



La fréquence des rapports avant la grossesse semble elle avoir une incidence. Plus les rapports étaient fréquents, plus le couple aura tendance à poursuivre une activité sexuelle durant la grossesse, avec toute fois des modifications. Parmi ces couples, certains nous ont dit avoir noté une diminution de la fréquence des rapports, ou encore une évolution vers des activités de substitution.

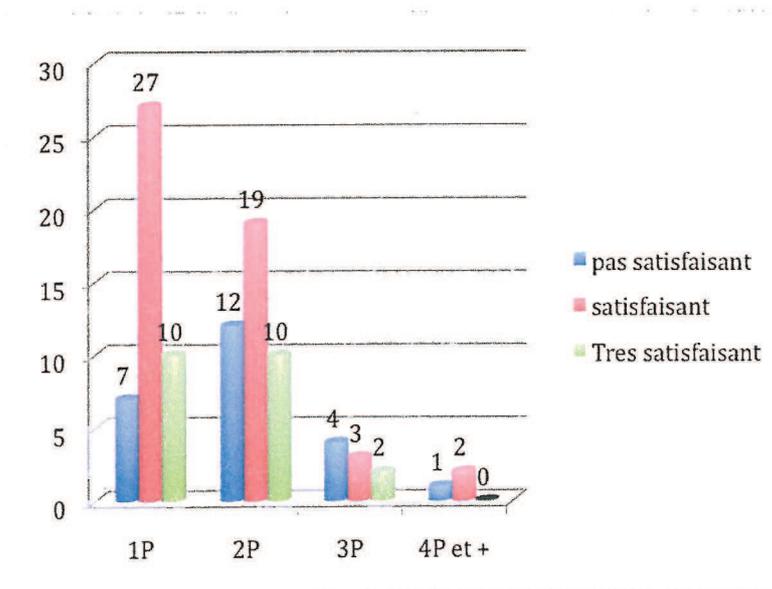
Enfin, nous avons cherché à savoir si le profil de la patiente, son âge, ses convictions religieuses ou ses expériences précédentes pouvaient avoir une influence.

Influence de la parité sur la poursuite des rapports (n=112)



En ce qui concerne la parité, nous n'avons pas démontré d'influence sur la sexualité. Si 42% des primipares interrompent leur activité sexuelles avant la fin de la grossesse, c'est également le cas pour 35% des deuxième pares, 69% des troisièmes pares et 50% des grandes multipares.

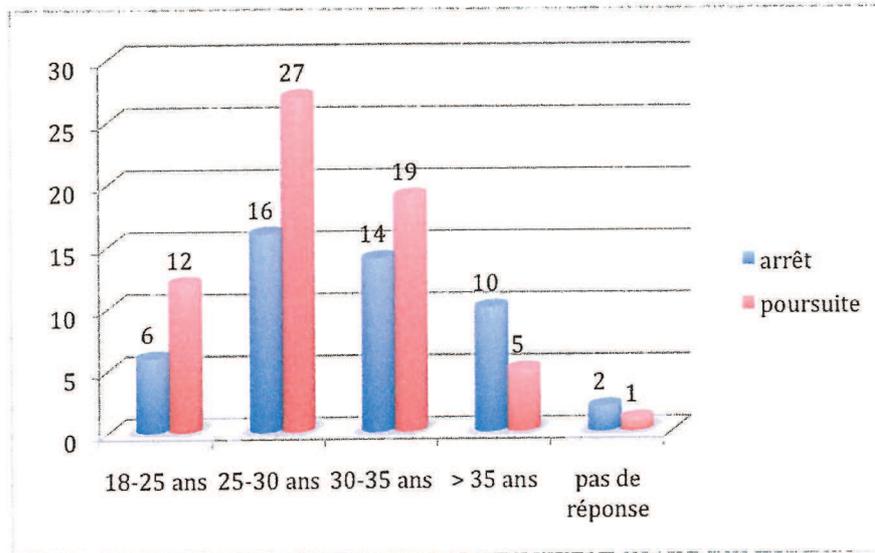
Influence de la parité sur le vécu des patientes (n=98)



Le vécu des patientes durant leur grossesse semble évoluer avec la parité. En effet, 84% des primipares disent avoir eu une sexualité satisfaisante, voire très

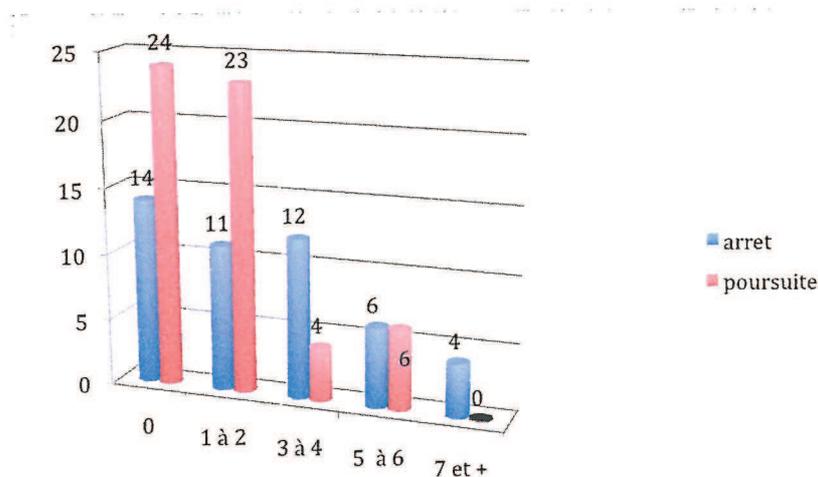
satisfaisante durant leur grossesse contre 70% des deuxièmes paires et 31% des troisièmes paires.

Influence de l'âge (n=112)



Tout comme la parité, l'augmentation de l'âge semble orienter les patientes vers une moindre activité sexuelle durant la grossesse avec une moyenne d'âge plus élevée chez les femmes ayant cessé d'avoir des rapports. En effet, la moyenne d'âge de notre population est de 28,85 ans ; les femmes ayant interrompu leurs rapports sexuels ont en moyenne 29,98 ans, et celles ayant poursuivi ont en moyenne 28,03 ans.

Influence du nombre de partenaires précédents (n= 104)



Pour les expériences précédentes, notre postulat était que des femmes ayant eu le plus d'expériences seraient plus confiantes et maintiendraient plus facilement une

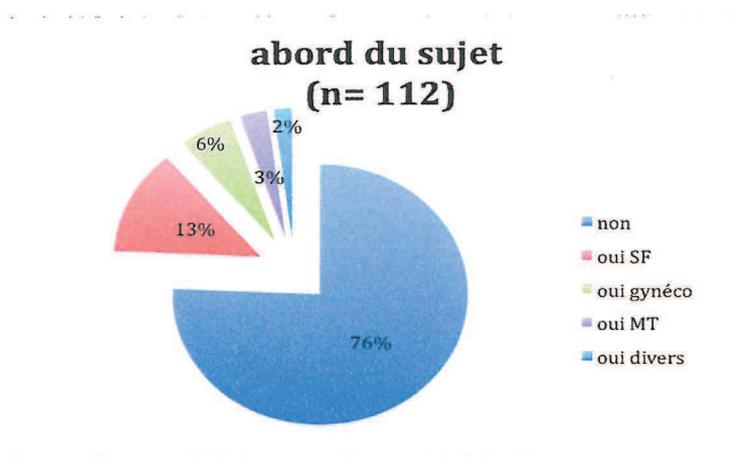
activité durant la grossesse. Le constat est inverse dans notre étude, ce sont les femmes qui ont eu le moins de partenaires qui ont continué d'avoir des rapports pendant la grossesse.

(8 femmes n'ont pas répondu à cette question).

3.3) Rôle des professionnels.

3.3.1) Constat

L'un des principaux objectifs de ce travail était de connaître les souhaits des patientes en matière d'information sur la sexualité durant la grossesse.

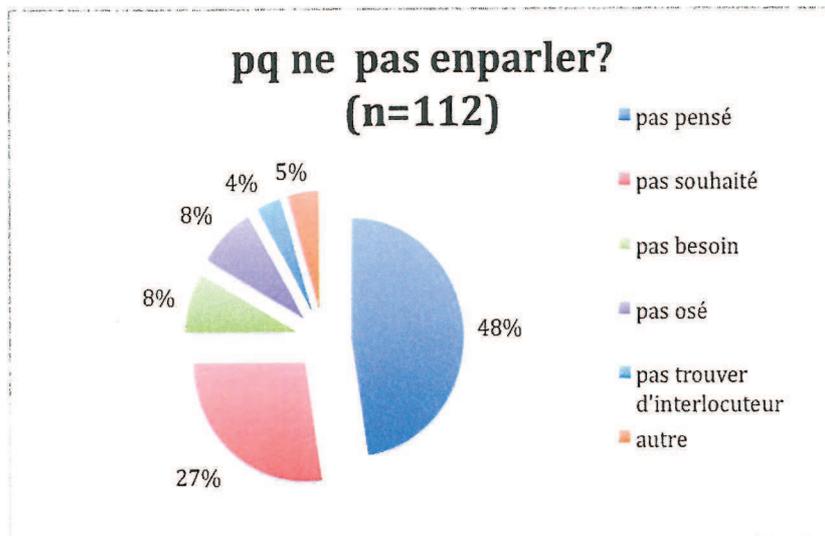


Seules 28 femmes interrogées (soit 25% de notre échantillon) ont pu aborder le sujet avec un professionnel de santé durant la période anténatale.

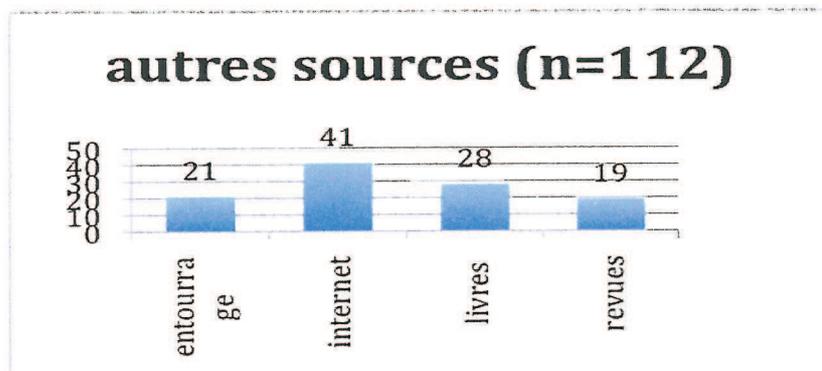
Elles l'ont fait principalement avec la sage-femme ou le gynécologue qui assurait le suivi médical de la grossesse.

Dans 50% des cas, c'est le professionnel de santé qui a abordé le sujet. Toutes ces femmes nous ont dit avoir reçu toutes les informations qu'elles souhaitaient de la part de leur interlocuteur.

Pour les femmes qui n'ont pas reçu d'information de la part d'un professionnel de santé au cours de leur grossesse ; nous avons souhaité savoir si cela leur avait manqué. La réponse est « non » pour 70 d'entre elles (soit 83%).



A la question « pourquoi ne pas avoir abordé le sujet ? » les réponses sont partagées, 47% des femmes nous ont dit « ne pas y avoir pensé », et 27% « ne pas l'avoir souhaité ».



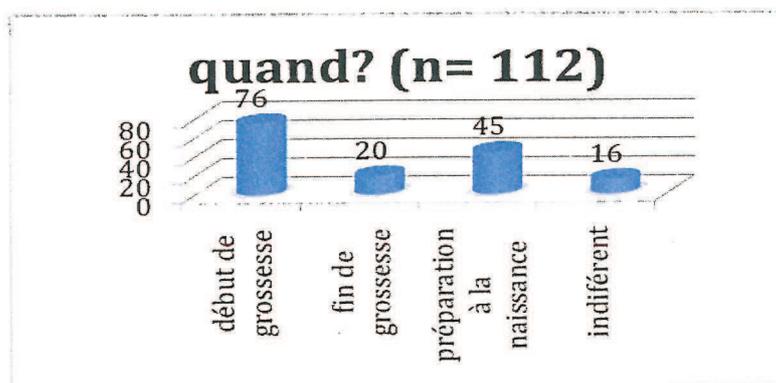
Nous avons souhaité savoir si les patientes avaient recours à d'autres sources d'information en dehors du corps médical.

C'est le cas pour 45,5% d'entre elles. Les sources d'information se trouvent principalement sur internet (via des forums sur la grossesse ou des sites spécialisés), les livres ou revues, et une sollicitation importante de l'entourage.

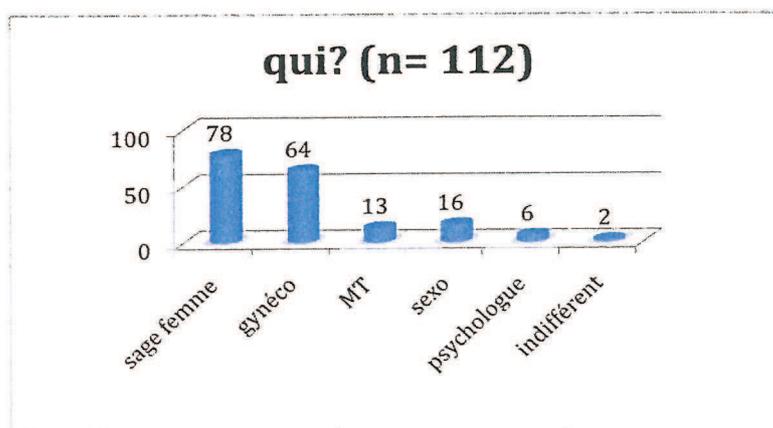
Un résultat en particulier a attiré notre attention, parmi les 70 femmes qui n'ont pas parlé de sexualité avec un professionnel de santé au cours de leur grossesse et à qui cela n'avait pas manqué, 27 ont tout de même cherchées d'autres sources d'information.

3.3.2) Souhaits des patientes.

Nous avons demandé aux patientes quels étaient leurs souhaits en matière d'information à ce sujet. Bien que la plupart d'entre elles n'aient pas pensé ou pas souhaité aborder le sujet avec le corps médical durant leur grossesse, toutes ont pris la peine de répondre à cette dernière partie du questionnaire.

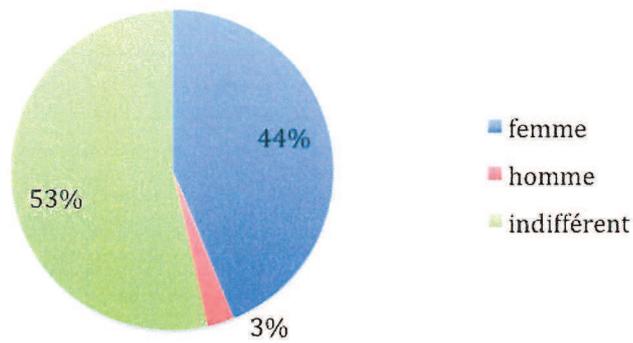


A la question « quand aborder le sujet ? », la plupart des patientes (76 d'entre elles) jugent qu'il est plus opportun de le faire en début de grossesse. La préparation à la naissance et à la parentalité est également considérée comme un moment privilégié pour passer ce type d'information et ce, bien que les séances se fassent en groupe.



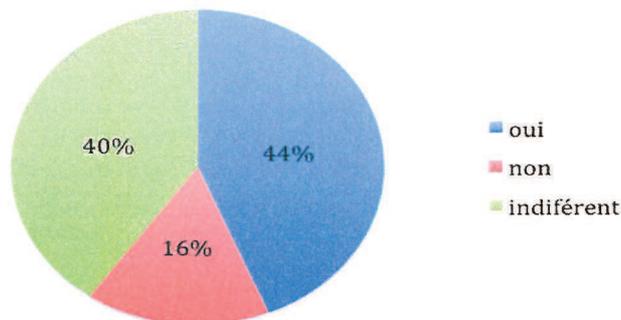
A la question « avec qui souhaiteriez-vous aborder le sujet ? », les réponses sont variables : si les sages-femmes et gynécologues semblent être considérés comme des interlocuteurs privilégiés, certaines femmes souhaiteraient plutôt s'adresser à leur médecin traitant ou à un sexologue.

qui? (n=112)



Nous avons également fait préciser aux patientes si elles souhaitaient aborder cette question avec un homme ou avec une femme. Pour 54% d'entre elles, ça n'a pas d'importance, 43% préféreraient une interlocutrice, et seul 3% souhaiteraient en parler avec un homme.

présence du conjoint (n=112)



Enfin, bien que nous ayons demandé aux femmes pour les besoins de l'enquête de répondre en dehors de la présence de leurs conjoint, 44% d'entre elles préféreraient aborder le sujet en couple, « pour mieux répondre aux interrogations de l'homme » nous a précisé l'une des personnes interrogées.

Troisième partie : discussion.

1) Caractéristiques de la population étudiée :

Compte tenu de la méthodologie choisie pour mener cette étude, à savoir un questionnaire distribué avec enquêteur, la plupart des réponses obtenues l'ont été dans un même centre. De ce fait, nous avons une population relativement uniforme de patientes en grande majorité primi ou deuxième pares présentant un niveau socio économique élevé.

Notre population se compose à 60% de femmes catholiques, 5,40% de musulmanes et 33% d'agnostiques. Cela correspond à la population française, d'après les chiffres de l'INSERM pour l'année 2009, notre pays comptait 66% de catholiques, 6% de musulmans et 35% d'agnostiques.

En revanche, la communauté judaïque n'est pas représentée dans notre échantillon.

Le faible effectif de notre échantillon explique sans doute d'une part que toutes les religions ne soient pas représentées, d'autre part, cela rend les résultats difficilement extrapolables à l'ensemble de la population.

Nous pouvons cependant donner certaines tendances qui découlent de notre enquête et les confrontées aux données de la littérature.

2) Souhaits des patientes en matière d'information.

A l'origine de ce travail, nous souhaitions connaître les attentes de nos patientes en matière d'information ou d'échanges avec les professionnels de santé sur le thème de la sexualité durant la grossesse.

Il ressort de notre enquête plusieurs éléments, le plus marquant étant que la majorité des femmes interrogées ne sont pas forcément demandeuses de plus d'informations que celles qu'elles reçoivent actuellement.

En effet, 75% des femmes interrogées n'ont pas abordé le sujet. Plus de la moitié d'entre elles nous ont dit ne pas en avoir ressenti le besoin ou ne pas y avoir pensé.

2.1) Des femmes qui trouvent le bon interlocuteur.

Toutes les patientes qui ont eu l'occasion d'aborder le sujet ont obtenu les réponses et les conseils qu'elles attendaient.

De plus, une seule de nos 112 patientes dit ne pas avoir trouvé d'interlocuteur pour répondre à ses attentes durant la grossesse. Il semble donc que les professionnels soient disponibles et prêts à aborder ce sujet si leurs patientes en ressentent le besoin ; tout particulièrement les sages-femmes et les médecins généralistes (professions les plus fréquemment citées par les patientes).

Sur les 28 couples ayant abordés le sujet, 14 ont eux même lancé la discussion avec le professionnel. Il semble donc que pour certaines patientes la question de la sexualité se soit posée en cours de grossesse. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de chiffre permettant de comparer ces 12,5% de femmes ayant abordé elles même le sujet par rapport a une étude précédente.

2.2) Des contradictions

La principale contradiction est le fait que plus de la moitié des femmes qui n'ont pas reçu d'information et à qui cela n'a pas manqué se sont néanmoins tournées vers d'autres sources d'informations (internet, livres, entourage).

Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses pour expliquer cette contradiction :

- Les femmes préfèrent aborder ce sujet intime avec leur entourage plutôt que dans un cadre de soins.
- Le sujet demeure tabou et pour des raisons de pudeur, elles préfèrent se tourner vers des sources d'information totalement anonymes comme internet.
- Ayant déjà trouvé les réponses qu'elles cherchaient, elles ne souhaitent pas s'appesantir sur le sujet.

Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion d'éclaircir ce point au cours de notre enquête.

2.3) Comment aborder le sujet ?

Il se dégage de notre étude que le début de grossesse et la préparation à la naissance sont considérés par les femmes comme des moments privilégiés pour aborder ce thème de la sexualité. Ce constat est encore appuyé par le fait que sages-femmes et gynécologue sont considérés par les patientes comme les bons interlocuteurs pour ce sujet. On notera que lorsque le professionnel de santé est celui qui aborde le sujet, celui-ci est le plus fréquemment une sage femme, puis par les médecins généraliste et les gynécologues.

Une autre tendance se dégage, les femmes considèrent le plus souvent que c'est affaire de couple, et que par conséquent la présence de leurs conjoints est de mise. En effet, les craintes vis à vis de l'enfant peuvent être partagées par les deux membres du couple, tout comme la gêne occasionnée par les modifications physiques de la grossesse. Enfin, de nombreuses personnes nous ont dit avoir remarqué des discordances entre les désirs de l'homme et de la femme ainsi qu'un manque de communication dans le couple, aborder le sujet de la sexualité avec un professionnel de santé peut être un moyen de rétablir la communication.

3) sexualité et grossesse : Confrontation a la littérature

3.1) Premier trimestre et signes sympathiques.

Toutes les patientes de notre études ou presque ont présenté des signes sympathiques de grossesse. Nous retrouvons principalement la fatigue, les nausées et les algies diverses (douleur abdominale, sciatique...). Cependant, ces signes ne semblent pas avoir influencé la poursuite ou non des rapports sexuels contrairement à ce que montrait Pasini (3), pour qui ces signes sympathiques étaient causes directes d'un arrêt des rapports sexuels ; fait que nous ne retrouvons chez aucune de nos patiente.

3.2) Changements en cours de grossesse.

La plupart des femmes ayant conservé une activité sexuelle pendant toute ou partie de la grossesse (98 femmes) ont noté une satisfaction moindre durant cette

période (60%). Cependant, 74% conservent une sexualité satisfaisant ou très satisfaisante, contre 21% des couples dans les travaux de Master et Jonhson (19).

Dans les changements, nous retrouvons des modifications positives à type de caresses plus importantes, d'une complicité et d'une tendresse plus importante, ce qui correspond cette fois aux résultats d'Anne Costiou (12).

On peut en revanche trouver contradictoire le fait qu'un grand nombre de changements positifs aboutissent au final à une moindre satisfaction des patientes. Il semble que la plus grande tendresse et les caresses tout comme les activités de substitution ne puissent compenser la diminution de fréquence, l'inconfort des dernières semaines ou encore l'altération de la libido.

3.3) Craintes vis à vis de l'enfant.

Sur les 48 femmes ayant arrêté leur activité sexuelle, 18 disent avoir pris cette décision en partie ou totalement à cause d'une crainte liée à l'intégrité physique de leur futur enfant. Cette source d'inquiétude n'est pas uniquement présente au premier trimestre mais tout au long de la grossesse, répartie de façon plutôt uniforme dans notre étude par rapport à celle de Pasini (3) qui mettait en évidence la crainte de la fausse couche du premier trimestre.

Selon les femmes interrogées, cette crainte de « faire mal à l'enfant » est plutôt présente lorsque les mouvements fœtaux sont perçus et en fin de grossesse quand l'enfant occupe un volume important. La crainte de la fausse couche n'apparaît pas dans notre enquête, les couples ayant cessé toute activité sexuelle au premier trimestre de la grossesse mettent plutôt en cause une altération de la libido, ou une incapacité à associer intellectuellement sexualité et grossesse.

Nous remarquons qu'une des femmes nous a signalé avoir eu des craintes pour son enfant lors du troisième trimestre. Cette femme, après un arrêt initial au premier trimestre, a repris une activité sexuelle aux second et troisième trimestres. Elle dit avoir recherché des informations sur internet, mais n'a pas souhaité en parler avec un professionnel. Il est donc intéressant de remarquer que les craintes pour son enfant ne sont pas nécessairement synonymes d'arrêt des rapports sexuels. Nous ne pouvons bien entendu pas généraliser à l'ensemble de la population une remarque formulée par une seule personne, cependant, il nous semble légitime de nous demander si l'idée formulée par cette femme a pu être partagée par d'autres qui ne l'ont pas exprimée.

3.4) Second trimestre

Dans les trois études citées ci dessus, le second trimestre de la grossesse est décrit comme étant celui où les femmes sont le plus épanouies. Cela correspond aux résultats de notre étude. En effet, à cette période, les signes sympathiques du début de grossesse ont régressé, alors que les modifications physiques du troisième trimestre ne sont pas encore sources d'inconfort. D'après notre échantillon, seuls 3 couples ont arrêté d'avoir des rapports sexuels au deuxième trimestre.

Nous notons l'exemple de 8 couples ayant arrêté les rapports au premier trimestre pour les reprendre au deuxième. Les raisons de cette interruption temporaire sont une altération de la libido, ou des dyspareunie liées à une sécheresse vaginale au premier trimestre. A partir du quatrième mois de grossesse, ces signes s'étant dissipées, le couple a repris une activité sexuelle.

Sur ces 8 couples, 4 ont ensuite de nouveau arrêté leur activité sexuelle au troisième trimestre. Cette fois, c'est l'inconfort lié au volume utérin qui est incriminé.

3.5) Parité

La parité est un facteur influençant le ressenti des patientes pendant leur grossesse selon l'étude d'Anne Costiou, et ce dans le sens d'un meilleur épanouissement pour les multipares.

Dans notre enquête, le phénomène est inverse avec un plus grand nombre de primipares qui disent avoir une sexualité satisfaisante. Cependant, ces chiffres sont à considérer avec un certain recul compte tenu du faible effectif de multipares dans notre échantillon.

Conclusion.

La grossesse est une période clé dans la vie d'un couple, et ce quelque soit la parité. C'est une période riche de changement dans le comportement de l'un vis à vis de l'autre, de grande tendresse et de complicité comme nous le retrouvons dans notre enquête. Cela peut aussi rapidement devenir une période de tension, l'appréhension vis à vis de l'accouchement ou face aux nouvelles responsabilités qu'implique le rôle de parents rendant plus susceptibles les futurs parents.

Dans ces conditions, il ressort de notre enquête que pour les femmes du moins, le problème de la sexualité pendant la grossesse ne constitue pas nécessairement une priorité. Contrairement à notre postulat de départ, les femmes ne sont pas toutes demandeuses d'information à sujet, certaines préfèrent se recentrer sur leur rôle de mère, d'autres s'accommodent d'une sexualité différente de celles qu'elles ont pu connaître avant la grossesse.

L'absence du point de vue masculin sur le sujet constitue une limite à notre enquête. Seules les femmes se sont exprimées lors de notre enquête, et si la présence de leur conjoint est plébiscitée pour aborder le sujet avec un professionnel de santé, nous ignorons les questionnements ou remarques qu'ils pourraient formuler.

Notre rôle auprès de ces couples, en tant que professionnel de santé, semble plutôt se porter sur l'écoute, la possibilité d'ouvrir le dialogue à ce sujet, tout en respectant la pudeur de nos patientes si elle souhaitent que cette dimension intime de leur vie de couple demeure dans la sphère privée.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- 1 : HENDERSON, V., La nature des soins infirmiers (traduction de l'édition américaine The Principles and Practice of Nursing de 1994), InterEditions, Paris, France, 1994
- 2 : LEVY (Isabelle)-Soins et croyances, guide pratique des rites, cultures et religion à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux-ed Esterm-Issy les moulineaux-1996-222p
- 3 : PASINI (W)-Sexualité et gynécologie psychosomatique-Paris-ed Masson
Tome 1-1974-231p
Tome 2-1983-233p
- 4 : CZYBA (JC Pr)-MONTELLA (A)-Biologie de la reproduction humaine-Montpellier-ed Sauramps médical-1993-305p
- 5 : MERGER (R, Pr)-LEVY (Jean, Pr)-MELCHIOR (J, Dr)-Précis d'obstétrique-3è ed Masson-Alençon 1967-1030p
- 6 : TOURNE (Claude-Emile, Dr)-Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle-Paris-ed Saurens médical-2002
- 7 : LANSAC (J Pr)-LECOMPTE (Pr)-MARRET (Dr)-Gynécologie-7è édition-ed Masson pour le praticien-Belgique-2007-573p
- 8 : COURBIERE (Blandine) CARCOPINO (Xavier)-Gynécologie obstétrique-Paris-2005-408p
- 9 : BOURSIER (Alain-P, Dr), Mc GUIRE (Edouard), ABRAMS (Paul)-Dysfonctionnement du plancher pelvien-Paris-ed MASSON Elsevier-2005-379p
- 10 : CHADEYRON (Pierr-André, Dr), Petite fantasmagorie pour femme enceinte-ed Casterman-colection vie affective et sexuelle-Tournai-1971-137p
- 11 : DELASSUS (Jean-Marie, Dr)-Le corps du désir-ed Dumont-Paris-2008-311p

Mémoires étudiantes sages-femmes.

- 12 : POISEAU (Célia)-Parents ou amants ? Quelle sexualité pour les couples après un accouchement ?-mémoire-Rouen-2002
- 13 : SANTA-MARIA (Sabrina)-Sexualité de la femme enceinte-mémoire-Rouen-1993
- 14 : COSTIOU (Ane)-Neuf mois en attendant l'enfant. Modifications du comportement sexuel, risques pour la grossesse-mémoire-Nantes-1995

Articles.

15 : Réflexion sur la place de la sage-femme dans la sexualité du couple-« les dossiers de l'obstétrique-2006-numéro 347

16 : LOISEL (Christian)-Importance de la réhabilitation de la sexualité dans la post partum-« les dossiers de l'obstétrique »-1994-numéro 214.

17 : MESSAGER (Colette)-Etre mère et rester femme, ou quand Eros joue à cache – cache-« les dossiers de l'obstétrique »-1994-numéro 214.

18 : BYRDE(J-E department of psychology, university of Wisconsin Madison USA)-sexuality during pregnancy and the year post partum-J fam pract-1998-n°47- page 8

19 : FABRE-CLERGUE, DUVERGER-CHARPENTIER-sexualité du post partum-“la revue sage femme”-2008-n°6-pages 301 à 304.

20 : DAO (B, dr) - sexualité au cours de la grossesse, enquête auprès de femmes en milieu urbain africain-« sexologie volume 16 »-2007-pages 138 à 143.

2^{ème} assises françaises de sexologie et de santé sexuelle Lille 2009 Le couple et sa sexualité, prise en charge.

21 : CHVRET-MEASSON (Marie) Les thérapies de Master et Johnson, leur place actuelle.

22 : MIMOUN (Sylvain, Dr) quand c'est elle qui consulte « J'ai mal pendant les rapports »

23 : COLLIER (Francis, Dr) Quand le désir d'enfant est là, quelle sexualité pour le couple ?

24 : LEUILLET (Patrick, Dr) La grossesse, un tsunami pour la sexualité du couple.

25 : POTTENTIER (Martine) Langage corporel et intimité

26 : TOMASZEWSKI, VIENNET, BUSSELOT, ROTHENBURGER, GUILLET-MAY, Le désir d'enfant n'est pas un stimulant pour le couple.

27 : BESTAUX (Manon) couples, n'oubliez pas de sourire.

Annexe 1

Mémoire de fin d'étude : sexualité et grossesse.

Madame,

Dans le cadre du diplôme d'état de sage-femme, je réalise mon mémoire sur le thème de la sexualité durant la grossesse. L'intérêt de cette enquête est de mieux appréhender le ressenti de nos patientes dans ce domaine.

De plus, j'aimerais savoir si il existe une demande d'information en matière de sexualité et grossesse, et si tel est le cas, quand et comment prendre cette demande en considération.

Pour réaliser cette étude, je sollicite votre participation par le biais de ce questionnaire. Il est anonyme et les résultats de l'enquête ne seront communiqués que sous forme de statistiques portant sur l'ensemble des réponses.

Ce questionnaire s'adresse aux femmes à partir de 34 semaines d'aménorrhée (soit 7 mois et demi de grossesse), et dont la grossesse ne présente pas de risque particulier ni pour elles, ni pour leur enfant.

Je vous remercie par avance de votre collaboration et de l'intérêt porté à ce travail.

Bénédicte LEMAÎTRE

Etudiante sage-femme 4^e année.

Durant votre grossesse, avez-vous été hospitalisée ? oui non
 Si oui, pour quel motif et combien de temps ?
 Actuellement, à quel terme de votre grossesse êtes-vous ?.....

A propos de vous et de votre conjoint :

1) Avant d'être enceinte, pensiez-vous que la question de la sexualité pendant la grossesse pouvait être une source d'interrogation?

oui non

2) Est-ce votre :

- Premier enfant
- Deuxième enfant
- Troisième enfant
- Quatrième ou plus

3) Avant cette grossesse, avez-vous déjà eu :

Une fausse couche : oui non

Un accouchement prématuré : oui non

	Vous	Votre conjoint
4) Quelle est votre origine géographique ?	<input type="checkbox"/> Europe de l'ouest <input type="checkbox"/> Europe de l'Est <input type="checkbox"/> Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Antilles <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Europe de l'ouest <input type="checkbox"/> Europe de l'Est <input type="checkbox"/> Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Antilles <input type="checkbox"/> Autres
5) Quel âge avez-vous ?		
6) Quelle est votre appartenance religieuse ?	<input type="checkbox"/> Catholique <input type="checkbox"/> Musulman <input type="checkbox"/> Juif <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Catholique <input type="checkbox"/> Musulman <input type="checkbox"/> Juif <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Autre
7) Quelle est votre pratique de la religion ?	<input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Non régulière <input type="checkbox"/> Non pratiquant	<input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Non régulière <input type="checkbox"/> Non pratiquant
8) Quel est votre niveau d'étude ?	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Brevet <input type="checkbox"/> Baccalauréat <input type="checkbox"/> Etudes supérieures	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Brevet <input type="checkbox"/> Baccalauréat <input type="checkbox"/> Etudes supérieures
9) Catégorie socioprofessionnelle	<input type="checkbox"/> Sans emplois <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Profession agricole <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Sans emplois <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Profession agricole <input type="checkbox"/> Autre

A propos de votre couple :

10) Depuis combien de temps êtes vous ensemble ?.....

11) Avez-vous eu d'autres partenaires avant votre conjoint actuel ?

oui non

12) Si oui, combien ?.....

13) Avant votre grossesse, qualifieriez-vous votre sexualité de :

- Pas ou peu satisfaisante
- Satisfaisante
- Très satisfaisante
- Autre.....

14) Avant la grossesse, quelle était la fréquence par semaine de vos rapports sexuels ?

.....

A propos de votre grossesse :

15) Au cours de votre grossesse, l'un de ces symptômes a-t-il eu des conséquences sur votre sexualité ? (répondre par oui ou non)

	Premier trimestre	Second trimestre	Troisième trimestre
Nausées et vomissements			
Douleurs au ventre ou au dos			
Tension des seins			
Fatigue			

16) Avez-vous continué à avoir des rapports sexuels au cours des différents mois de la grossesse ? Que vous ayez poursuivi ou interrompu vos rapports, qui a pris cette décision ?

	Poursuite des rapports	
1è mois	oui	Non
2è mois	oui	Non
3è mois	Oui	Non
4è mois	Oui	Non
5è mois	Oui	Non
6è mois	Oui	Non
7è mois	Oui	Non
8è mois	Oui	Non
9è mois	Oui	Non

A l'initiative :			
1è mois	De vous	Du conjoint	Les deux
2è mois	De vous	Du conjoint	Les deux
3è mois	De vous	Du conjoint	Les deux
4è mois	De vous	Du conjoint	Les deux
5è mois	De vous	Du conjoint	Les deux
6è mois	De vous	Du conjoint	Les deux
7è mois	De vous	Du conjoint	Les deux
8è mois	De vous	Du conjoint	Les deux
9è mois	De vous	Du conjoint	Les deux

17) Si vous avez continué à avoir des rapports sexuels, jugeriez-vous votre sexualité durant cette période comme :

- Pas ou peu satisfaisante
- Satisfaisante
- Très satisfaisante
- Autre

18) Avez-vous remarqué un changement dans vos rapports ?

- oui
- non

19) Si oui, lesquels ?

Changements positifs : plus de tendresse ou de complicité

plus de caresses

autre.....

Changements négatifs : manque de communication

discordance entre vos désirs et ceux de votre conjoint

autre

20) Si vous avez interrompu vos rapports à votre initiative, quelles en sont les raisons ?

	1er trimestre		2ème trimestre		3ème trimestre	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Par crainte de nuire à l'enfant						
Altération de la libido	Oui	non	Oui	Non	Oui	Non
A cause des modifications physiques de la grossesse	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
autre						

21) Avez-vous aborder le sujet de la sexualité avec un professionnel de santé durant votre grossesse ?

- oui
- non

Si oui :

- à votre initiative
- à celle de votre conjoint

22) Un professionnel de santé a-t-il abordé le sujet avec vous ?

- oui
- non

23) Si vous en avez parlé, était-ce avec :

- Une sage-femme
- Un gynécologue
- Votre médecin traitant
- Un psychologue
- Un sexologue ou conseillère conjugale

24) Avez-vous obtenu toutes les réponses que vous attendiez ?

- oui
- non

25) Si vous n'avez pas parlé de sexualité avec les professionnels de santé rencontrés au cours de votre grossesse, pourquoi ?

- Vous ne le souhaitiez pas
- Vous n'avez pas osé aborder le sujet
- Vous n'avez pas trouvé d'interlocuteur pour répondre à vos questions
- Vous n'y avez pas pensé
- Autre.....

26) Cela vous a t'il manqué ?

- oui
- non

27) Avez vous tenté de trouver d'autres sources d'information ?

	oui	non
Internet		
Livres		
Revue		
Entourage		
Autre		

A votre avis ?

28) Quel serait selon vous le moment le plus adéquat pour parler de sexualité pendant la grossesse ?

- Consultations de début de grossesse
- Consultations de fin de grossesse
- Préparation à la naissance
- Indifférent

29) Avec quel professionnel souhaiteriez-vous aborder le sujet ?

- Une sage-femme
- Un(e) gynécologue
- Un(e) psychologue
- Un(e) sexologue
- Une conseillère conjugale
- Votre médecin traitant
- Autre

30) Vous préféreriez en parler :

- à un homme
- à une femme
- indifférent
- en présence de votre conjoint
- en l'absence de votre conjoint
- indifférent

31) Avez vous des remarques ou des suggestions à faire sur ce sujet ?

.....

.....

.....

Merci de votre participation.

Annexe 2

Au cours de notre enquête, nous avons eu de nombreuses remarques formulées par les patientes interrogées. Ces remarques étaient principalement constituées par des précisions ou des compléments de réponses aux questions posées.

Certaines patientes en revanche, nous ont fait partager leurs expériences ou leur ressenti à travers les commentaires qu'elles ont laissé.

18) Avez-vous remarqué un changement dans vos rapports ?

oui non

19) Si oui, lesquels ? *Pas les mêmes positions, si le bébé bouge le rapport devient moins agréable*

Changements positifs : plus de tendresse ou de complicité

plus de caresses

autre.....

19) Avez-vous remarqué un changement dans vos rapports ?

oui non

19) Si oui, lesquels ?

position adaptée au confort et par quo le conjoint ne voit pas trop le ventre rond

Changements positifs : plus de tendresse ou de complicité

plus de caresses

autre.....

Changements négatifs : manque de communication

discordance entre vos désirs et ceux de votre conjoint

autre *monotonie dans les positions à adopter*

L'inconfort lié au volume utérin est un élément que nous avons souvent retrouvé dans les réponses des patientes.

25) Si vous n'avez pas parlé de sexualité avec les professionnels de santé rencontrés au cours de votre grossesse, pourquoi ?

- Vous ne le souhaitiez pas
- Vous n'avez pas osé aborder le sujet
- Vous n'avez pas trouvé d'interlocuteur pour répondre à vos questions
- Vous n'y avez pas pensé

Autre... *c'était un refus de mon mari - j'avais les réponses*

Pour certaines patientes, c'est le conjoint qui a manifesté des réticences quant à poursuivre les rapports sexuels avec une femme enceinte.

31) Avez-vous des remarques ou des suggestions à faire sur ce sujet ?

Je ne me serai pas doutée pouvoir me passer de rapports sexuels avec mon conjoint avant d'avoir été enceinte. Cette question de rapports sexuels est très personnelle, je l'ai ressentie comme cela et je l'ai accepté. Ne pas avoir eu de rapports pendant ces 9 mois ne m'a pas manqué, il n'en n'est pas de même pour mon conjoint mais côté sexualité, je ne peux pas me forcer pour faire plaisir. Le plaisir doit partir de soit et je me suis déjà comblée avec bébé dans mon ventre. Chaque chose en son temps... enfin pour moi.

Merci de votre participation.

« Je ne me serai pas doutée pouvoir me passer de rapports sexuels avec mon conjoint avant d'avoir été enceinte. Cette question de rapports sexuels est très personnelle, je l'ai ressentie comme cela et je l'ai accepté. Ne pas avoir de rapports pendant ces neuf mois ne m'a pas manqué, il n'en n'est pas de même pour mon conjoint mais côté sexualité, je ne peut pas me forcer pour faire plaisir. Le plaisir doit partir de soit et je me sent déjà comblée avec mon bébé dans mon ventre. Chaque chose en son temps, enfin pour moi. »

