



HAL
open science

Sexualité et grossesse : quelles sont les sources d'information pour les pères pendant la grossesse ?

Clémentine Rayer

► **To cite this version:**

Clémentine Rayer. Sexualité et grossesse : quelles sont les sources d'information pour les pères pendant la grossesse ?. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01397541

HAL Id: dumas-01397541

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01397541>

Submitted on 16 Nov 2016

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.

**SEXUALITE ET GROSSESSE:
QUELLES SONT LES SOURCES D'INFORMATION POUR LES PERES PENDANT
LA GROSSESSE?**

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont aidé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire et plus particulièrement :

- * Le Docteur A. Diguet, mon directeur de mémoire pour ces précieux conseils tout au long de cette étude
- * Madame C. Pastor, ma guidante de mémoire pour m'avoir encouragé à approfondir ce thème peu commun
- * Mes camarades de promotion, pour leur soutien
- * Ma famille, pour leur présence

Abréviations

J.-C. : Jésus-Christ

RPM : Rupture Prématurée des Membranes

FCS : Fausse Couche Spontanée

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

MAP : Menace d'Accouchement Prématuré

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Revue de la littérature	3
I. Généralités de sexologie	3
1. Survol historique et sociologique de la sexualité pendant la grossesse.....	3
1.1 L'Antiquité.....	3
1.2 Les religions monothéistes.....	4
1.3 Les progrès de la médecine.....	5
2. Définitions	6
2.1 La sexualité.....	6
2.2 La santé sexuelle.....	7
3. Le rôle de la sage-femme.....	7
4. Physiologie du rapport sexuel : le cycle de la réponse sexuelle....	8
II Impact de la grossesse sur la sexualité	9
1. Modifications anatomo-physiologiques	9
1.1 Les organes génitaux.....	9
1.2 Les seins	10
1.3 les transformations cutanées	10
1.4 La prise de poids.....	10
2. Modifications hormonales.....	10
3. Modifications psychiques	11
4. Conséquences de la sexualité sur la grossesse physiologique....	12
4.1 Les conséquences obstétricales	12
4.2 Les conséquences fœtales.....	13
5. Contre-indications	14
5.1 La menace d'accouchement prématuré (MAP).....	14
5.2 Le placenta praevia.....	15
5.3 La rupture prématurée des membranes (RPM).....	15
III. Et le père? : Retentissement de la grossesse	16
1. la sexualité masculine pendant la grossesse	16
2. Son vécu.....	17
3. Les croyances.....	18
3.1 Dans les sociétés primitives.....	18
3.2 Dans nos sociétés industrialisées.....	19
3.3 Les craintes envers le fœtus	19
3.4 Les craintes envers la mère	19

La recherche	21
I. Cadre conceptuel de l'étude.....	21
4.1 La Cible de l'étude	22
4.2 Le déroulement de l'étude	22
4.3 L'outil employé	23
4.4 Les modalités de l'étude	23
Le refus de certains établissements de participer à cette enquête et la difficulté à convaincre certains cadres de service de diffuser notre questionnaire ont allongé la durée de l'étude de plus d'un mois.....	24
4.6 Traitement de l'information	24
II. Résultats de l'étude	25
1. Caractéristiques de la population.....	25
2. Généralités relatives à la grossesse	28
3. Caractéristiques et évolution de la sexualité des pères.....	31
4. L'information des pères au sujet de la sexualité pendant la grossesse.....	50
5. Avis des pères sur la nécessité de parler de sexualité pendant la grossesse.....	55
III. Discussion	57
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	57
2. Analyse et propositions	58
2.1 Caractéristiques de la population.....	58
2.2 L'impact de la grossesse sur la sexualité des hommes est mal vécu.....	59
2.3 Retentissement de certaines peurs inhérentes à la grossesse sur la sexualité	62
2.4 Manque d'information des hommes sur la sexualité pendant la grossesse.....	63
2.5 La compagne : principale référence des hommes sur la sexualité pendant la grossesse.....	65
2.6 L'information souhaitée par les pères.....	65
Conclusion	71
Bibliographie	
Annexes	

INTRODUCTION

Pouvons-nous continuer d'avoir des relations sexuelles pendant la grossesse ?

Y a-t-il des risques de fausse-couche ou d'accouchement prématuré ?

Cela pourrait-il nuire au bébé ?

Ces questions concernant la sexualité pendant la grossesse reviennent fréquemment dans les propos de la gente masculine. Elles semblent traduire les inquiétudes liées aux changements qu'engendre la grossesse sur la sexualité. Ces idées préconçues si elles ne sont pas clarifiées prennent de plus en plus de place dans le psychisme masculin. Elles sont souvent source de préoccupations allant parfois jusqu'à retentir sur la vie de couple [1].

Rappelons que la sexualité tient une place importante dans la vie de l'homme. En effet, elle est source d'épanouissement personnel et elle traduit la qualité de la relation conjugale [2]. C'est pourquoi elle ne doit pas être négligée pendant la grossesse. Selon Marc Ganem, ancien Président de la Société Française de Sexologie Clinique « 70% des divorces et des ruptures ont lieu dans les deux ans après la naissance d'un enfant et plus de 60% des causes s'avèrent avoir trait à une mauvaise gestion de la sexualité pendant ou au décours de la grossesse. » [3].

D'après la méta-analyse en 1999, de Von Sydow [4], à partir de 59 études concernant la sexualité pendant la grossesse et le post-partum, l'intérêt sexuel des hommes reste inchangé jusqu'à la fin du deuxième trimestre avant de décroître brutalement au troisième [4]. Pourtant, la fréquence des rapports sexuels diminue tout au long de la grossesse. En effet, d'après une étude pilote de 2001 réalisée par S. Reichenbach, F. Alla et J. Lorson [5], cette fréquence concernant les couples ayant plus de cinq rapports par mois, passe de 70% au premier trimestre, 52% au deuxième et 22% au troisième trimestre [5]. La raison évoquée de cette baisse liée à l'avancement de la gestation est dans 60% des cas, la peur de léser le fœtus [5].

Pour les points explicités précédemment, l'étude de la place de l'information sur ce sujet nous paraît utile pour faire évoluer nos pratiques. La prise en compte de la sexualité à notre exercice fait partie intégrante de l'accompagnement des couples

tout au long de la grossesse. D'ailleurs, selon les textes officiels, le rôle de la sage-femme est notamment de « ... prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la sexualité. » [6].

Depuis quelques années, la communauté médicale tente d'intégrer le père dans les différentes étapes de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche. Ainsi, il semble judicieux de tenir compte de leurs préoccupations sur la sexualité durant ces périodes.

Nous reviendrons dans un premier temps sur l'histoire de la place tabou de la sexualité pendant la grossesse régie par la religion ou les médecins. Puis nous décrirons l'impact global de la grossesse sur la sexualité des couples avant de traiter le retentissement de celle-ci sur la sexualité, le vécu et les croyances du père.

Dans un second temps, nous analyserons les résultats d'une enquête réalisée auprès de 203 pères dans les services de suites de couche des maternités de Normandie pour connaître l'évolution de leur sexualité pendant la grossesse, les causes des changements liés à celle-ci, leurs sources d'informations et leurs souhaits de renseignements en matière de sexualité.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. Généralités de sexologie

1. Survol historique et sociologique de la sexualité pendant la grossesse

Depuis des siècles, le « mystère de la naissance » questionne. Cette volonté de comprendre comment l'humanité se perpétue est présente dans de nombreuses cultures et religions. Nous retrouvons ainsi d'innombrables récits qui racontent comment la maternité marque à la fois le triomphe de la sexualité et sa mise en péril [7].

1.1 L'Antiquité [8, 9, 10]

L'Antiquité est une période marquée par la culture gréco-romaine où la descendance préoccupe toutes les sociétés. En effet, la procréation fait partie des devoirs du citoyen. Ainsi, la sexualité conjugale a pour but d'enfanter pour assurer la survie de la communauté. Elle laisse donc peu de place au plaisir au sein du couple [8]. De ce fait, d'après Démosthène (homme d'état athénien, 384-322 avant J.-C.) les maris faisaient appel aux services des prostituées et des esclaves pour compenser la sévérité de la sexualité avec leurs épouses [9]. A cette époque, plusieurs courants de pensées vont se succéder avec comme point commun l'arrêt des rapports sexuels, néfastes pour le fœtus, pendant la majeure partie de la grossesse [9].

La Grèce Antique

Aristote (384-322 avant J.-C.) pensait que le souffle vital était porté par le sperme, la femme n'étant qu'un réceptacle du fœtus [9]. Il décrivait également l'activité sexuelle comme dangereuse jusqu'au 8^{ème} mois puis bénéfique pour l'accouchement [9]. En effet, « Les femmes qui ont des rapports sont délivrées plus vite. » [9] écrivait-il. La sexualité interviendrait, selon lui, dans le déclenchement du travail ainsi que dans la lubrification des voies génitales par le sperme pour le passage de l'enfant [9]. Son aîné Hippocrate (460-356 avant J.-C.) se démarquait concernant le rôle de la mère dans la conception : « L'embryon naît du mélange des semences mâles et femelles » [9] expliquait-il. On retrouve dans ses écrits le risque de superfétation car le col reste toujours un peu ouvert pendant la grossesse [9]. Selon lui, le rapport sexuel était à l'origine d'accouchement prématuré et d'un risque plus élevé de rupture

prématurée des membranes (RPM) : « Une femme enceinte, si elle n'use pas du coït, accouchera plus facilement. » [9] affirmait-t-il.

La Rome Antique

Gourevitch dans son ouvrage « Le mal d'être femme » [10], analyse les conseils des médecins dans la Rome antique au sujet des rapports sexuels durant la grossesse et souligne les désaccords de ceux-ci. Soranos d'Ephèse (II^{ème} siècle après J.-C.), médecin grec, dans son Traité « Maladies des femmes » [10] est formel : dans le 1er stade de la grossesse, il faut éviter les rapports sexuels car ils créent un ébranlement du corps et surtout de l'utérus, pouvant entraîner un risque de fausse couche (FCS). De plus, certaines femmes ayant eu des rapports sexuels en fin de grossesse sont ramollies par le plaisir et ne feront donc aucun effort de poussées [10]. Athénée d'Attale, à la même époque, était plus nuancé : « Quant aux rapports sexuels, il ne convient aux femmes grosses, ni de s'en abstenir complètement, ni de s'y livrer continuellement. » [10]. Gourevitch l'a exprimé également : « Chez les femmes qui vivent dans la continence, l'accouchement devient plus difficile, tandis que chez celles qui se livrent constamment au coït, l'enfant à naître est trop faible. » [10]. Ainsi, la condition féminine va être marquée par trois caractéristiques communes aux différentes sociétés de l'antiquité : la misogynie héritée de l'extrême machisme romain, la fécondité de rigueur, et la discipline sexuelle vouant les femmes à une frigidité austère [9].

1.2 Les religions monothéistes [11,12,13,14]

Le Moyen-Age et les Temps-Modernes sont marqués par l'influence des religions monothéistes qui vont dicter au fil des siècles les devoirs et les interdits concernant la sexualité.

La religion chrétienne va introduire le sentiment le plus pernicieux dans l'histoire de la sexualité : celui de la culpabilité [11]. En effet, elle soumet la sexualité à l'unique fonction de reproduction en l'enfermant dans le mariage [11]. Elle va même jusqu'à assimiler l'acte sexuel « plaisir » comme la cause du mal sur Terre, donc comme un péché [12]. Cette conception instaure un courant de pensée marqué par le mépris du corps, la honte et le dégoût d'exprimer sa sexualité [11]. Du VI^{ème} au XI^{ème}

siècle, de nombreux pénitentiels rappelaient que les rapports étaient interdits pendant la grossesse, le rôle principal de la femme étant la procréation [13]. Le cardinal Huguccio (1210) autorisait les rapports sexuels pendant la grossesse, au motif de prévenir la débauche, l'adultère et les dangers d'incontinence [14]. Pour Saint Thomas d'Aquin (1274), tout acte sexuel devait être un acte conjugal et tout acte conjugal, un acte de procréation [14]. Jansenius (1638) pensait que l'acte charnel était bestial si sa finalité n'était pas la procréation [14].

Le Talmud, chez les juifs, leur apprenait que le fœtus était dans la partie inférieure de l'utérus au premier trimestre et dans la partie supérieure au troisième trimestre de grossesse [14]. C'est pourquoi, les rapports étaient interdits dans le premier mois car nuisibles pour l'enfant et encouragés à l'approche de l'accouchement car ils étaient bienfaisants pour le fœtus [14].

Dans le Coran, le coït était prohibé lors de la grossesse. Le mari pouvait jouir de l'ensemble du corps de son épouse à l'exception de la partie comprise entre le nombril et les genoux [14].

1.3 Les progrès de la médecine [9,10,15,16,17]

La représentation sacro-sainte de la maternité va progressivement « plier » au profit de celle des médecins avec l'émergence des anatomistes du XVIII^{ème} siècle. Ce sont eux qui vont dicter les pratiques sexuelles pendant la grossesse [9]. Mauriceau au XVII^{ème} siècle interdisait le coït dans le dernier mois de grossesse affirmant que les secousses pouvaient nuire à l'enfant [9][10]. Jacques Gélis, dans son ouvrage « L'arbre et le fruit » [15] a étudié les conseils donnés à ce sujet au XVIII^{ème} siècle. Il explique que les praticiens étaient assez tolérants à l'égard des relations sexuelles pendant la gestation [15]. L'idée étant que le sperme contribuait à nourrir et à modeler l'enfant [15]. Dans la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle, les médecins dénonçaient les relations sexuelles représentant une menace pour la survie du fœtus [15]. Le savoir médical était alors mis à profit pour s'assurer de la sécurité du déroulement de la grossesse et de l'accouchement. En aucun cas, son objectif était l'épanouissement de la vie érotique des futurs parents [15].

Il faut attendre l'émergence de la sexologie lors du XX^{ème} siècle pour que l'analyse des rapports sexuels durant la grossesse devienne un sujet d'étude scientifique. Les pionniers dans ce domaine sont Masters et Johnson [16] qui vont l'étudier dans les années 1960 faisant des émules en Europe tel Pasini [17]. En France, la loi Neuwirth (1957) légalisant les méthodes contraceptives et la loi Veil (1975) dépénalisant le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) marquent pour la première fois, la dissociation entre sexualité « plaisir » et sexualité « reproduction » [18]. A partir de ces années, l'évolution des mœurs va permettre le développement de l'information et de l'éducation sexuelle [18]. De nos jours, les mentalités ont évolué, de nombreuses publications sur la sexualité ont vu le jour et les médecins maîtrisent la fertilité. Pourtant d'après la littérature, le sujet reste tabou pendant la grossesse [18]. Aujourd'hui encore, nos attitudes à l'égard de la sexualité pendant la gestation semblent toujours reposer sur des croyances profondément ancrées dans notre passé.

2. Définitions

2.1 La sexualité [19,20,21]

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) caractérise la sexualité comme étant : « ... un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et qui comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. » [19]. Contrairement à celle du monde animal, la sexualité humaine ne se limite pas à la reproduction ; elle est également pourvue d'une fonction érotique [20]. Ainsi, la sexualité intéresse aussi bien le corps (ensemble des organes et des caractères liés à la fonction sexuelle) que l'esprit (érotisme, sensualité, sentiment amoureux) [20]. Elle est aussi définie comme « ... l'ensemble des phénomènes apparentés à la vie sexuelle. » [21] dans le Larousse médical et s'intègre dans une dimension physique, affective, intellectuelle, spirituelle, politique, économique ou bien encore philosophique [21].

2.2 La santé sexuelle [7, 19, 22, 23]

L'OMS intègre également la notion de santé sexuelle définie comme « ... un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. » [19]. Le rapport précise : « Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche respectueuse de la sexualité, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans discrimination et violence. » [19]. Elle constitue donc un facteur nécessaire à l'épanouissement de chaque individu et notamment pendant la grossesse [7]. Un rapport sexuel peut aussi être défini comme une communication, une expression de la personne. C'est un dialogue charnel dont la finalité est d'aboutir à l'orgasme [7][22]. Cela signifie que la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé générale d'une personne car elle appartient aux grandes fonctions de l'homme comme le sommeil ou encore l'alimentation. Elle est à envisager comme tout autre sujet de santé avec pour objectifs : l'information, l'éducation, le conseil et la thérapie. La sexualité doit donc être prise en compte dans notre pratique même en l'absence de troubles sexuels et notamment pendant la grossesse qui expose à une fragilité du couple [7][23].

3. Le rôle de la sage-femme

Dans le cadre des missions du service public, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) [24] du 21 Juillet 2009 établit des recommandations à destination des sages-femmes. L'une d'entre-elles est leur implication dans des « ... actions de prévention et d'éducation à la santé et leur coordination. » [24]. Comme l'OMS a considéré la vie de couple comme un thème de santé publique, il y a une légitimité législative pour la sage-femme de considérer la sexualité de la femme enceinte et du couple comme faisant partie intégrante de son rôle propre [19]. D'après le Code de la santé publique [25] : « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement ... » [25][26]. La sage-femme se doit donc d'informer les couples sur la sexualité pendant la grossesse et de les accompagner pour leur assurer une sécurité à la fois physique et psychologique [26].

4. Physiologie du rapport sexuel : le cycle de la réponse sexuelle

Il s'agit d'un ensemble de phénomènes physiques, neurologiques, hormonaux aboutissant à la réduction des tensions sexuelles. Masters et Johnson, en 1966, dans leurs travaux « Les réactions sexuelles humaines » [16] ont mis en évidence un cycle de la réponse sexuelle. Ce dernier se divise en quatre phases de durée et d'intensité variables selon les individus : l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution [16]. En 1979, Kaplan y ajoute la notion de désir, précédent la phase d'excitation [16][27]. Cette notion correspond à des représentations imagées et à une anticipation de l'acte sexuel [27]. Le passage d'une phase à l'autre, non systématique, est possible uniquement si l'augmentation de la tension sexuelle est suffisante. Ainsi, toute perturbation physique, psychologique ou émotionnelle peut ralentir voir interrompre ce cycle [16][27]. Ce qui est parfois le cas pendant la grossesse, période de labilité émotionnelle.

II Impact de la grossesse sur la sexualité

La grossesse source de nombreuses modifications physiques, hormonales et psychiques est une période de vulnérabilité. Elle influe fréquemment sur la sexualité qui subit des remaniements.

1. Modifications anatomo-physiologiques

Les principaux changements de la grossesse touchent principalement les organes sexuels et plus largement les organes de la séduction.

1.1 Les organes génitaux [16, 17, 28, 29, 30, 31, 32, 33]

L'utérus, organe de la gestation, va augmenter de volume au cours de la grossesse et dépasser de la cavité pelvienne pour se développer dans la cavité abdominale. En effet, il passe de 50 à plus de 1000 grammes en fin de grossesse. Sa capacité va atteindre cinq litres. Il va alors comprimer et déplacer les organes voisins. Il peut entraîner un inconfort dans certaines positions lors des rapports sexuels. Au niveau de la vulve, elle est congestionnée à cause de l'hypervascularisation de cette zone pendant la grossesse. Les lèvres et le clitoris vont être hypertrophiés et leur pigmentation va s'intensifier. Ces éléments peuvent augmenter le plaisir lors des relations sexuelles. Au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse, la portion supérieure du vagin s'allonge en lien avec la position de l'utérus. Les parois du vagin sont ainsi affinées et étirées ce qui améliorera la sensation du sexe du partenaire. De plus, le climat hormonal entraîne une hypersécrétion vaginale qui va amplifier sa lubrification. Le périnée peut provoquer des difficultés sexuelles du fait de son assouplissement pendant la grossesse. En effet, au cours d'un acte amoureux, le périnée se contracte et se décontracte spontanément ; s'il manque de tonicité, il peut y avoir des difficultés à éprouver du plaisir. Il peut également être responsable de fuites urinaires. Masters et Johnson, dans leur étude scientifique sur la sexualité des femmes pendant la grossesse [16] ont permis d'objectiver des modifications anatomo-physiologiques des organes génitaux (augmentation de la vascularisation des viscères pelviens, vaso-congestion de l'orifice vaginal réduit de 75% lors de l'excitation sexuelle) qui accentueraient les possibilités de satisfaction sexuelle [16].

1.2 Les seins [28, 29, 30, 31, 32, 33]

Symboles de féminité et objets érotiques, les seins vont s'hypertrophier par développement des glandes mammaires. En effet, les femmes ont souvent la sensation de seins lourds et tendus ; c'est d'ailleurs l'un des premiers signes de grossesse. Le plus souvent, cette sensibilité mammaire est transitoire. Ainsi, lors des deux derniers trimestres, les seins augmentés de volume (20 à 25%) sont de nouveau intégrés aux stimulations tactiles et jeux sexuels des couples. Les seins montrent également des modifications cutanées avec une hyperpigmentation aréolaire, une apparition des tubercules de Montgomery et une visibilité du réseau veineux de Haller à travers la peau.

1.3 Les transformations cutanées [31, 32]

La peau sous l'influence endocrinienne subit des modifications d'élasticité, de grain et de couleur. Elle permet des caresses ; il peut y avoir un déplacement des zones érogènes pendant la grossesse. La pigmentation de la peau peut être accentuée entraînant un masque de grossesse ou encore une ligne brune au niveau de l'abdomen. Le grain de peau va s'épaissir et être associé à de l'acné dans certains cas. Enfin, l'étirement de la peau due à la prise de poids engendre chez plus de la moitié des femmes des vergetures au niveau de l'abdomen, des seins, des fesses ou encore des cuisses. Ces modifications peuvent parfois, si elles sont très développées porter préjudice au désir.

1.4 La prise de poids [31, 32]

La prise de poids modifie l'image corporelle de la femme ; elle se situe en moyenne entre 9 et 12 kilogrammes. Les femmes enceintes peuvent éprouver une sensation de lourdeur et une difficulté pour se mouvoir. Ces modifications corporelles peuvent être pendant la grossesse un moyen de découvrir une autre forme de sexualité.

2. Modifications hormonales

Les hormones ont des effets variables d'une femme à l'autre. Mais il semblerait que l'imprégnation estrogénique croissante pendant la grossesse favorise le désir [8]

[31]. A l'inverse, la progestérone dont le taux augmente rapidement entre la 12^{ème} et la 36^{ème} semaine d'aménorrhée freine la libido [8][31].

3. Modifications psychiques

Au delà des modifications physiques, la grossesse constitue également un bouleversement psychologique. Elle peut être vue comme une atteinte à la liberté du moi, le surgissement d'un phénomène qui se passe en soi et qui se met à envahir et habiter le corps et l'esprit [28].

Premier trimestre : l'incorporation [31, 34, 35, 36]

Dès le début de la grossesse, la femme est envahie par un sentiment d'angoisse à propos du déroulement de la grossesse [34]. Ce sentiment est plus présent chez les primipares pour qui celle-ci est source d'inconnu [35]. La future mère va alors « couvrir » sa grossesse physiquement d'une part (porte ses mains à son ventre, diminue les efforts physiques..) et psychologiquement d'autre part (elle se focalise sur son enfant qui occupe la majeure partie de ses pensées et elle se détourne de sa vie sociale en diminuant ses sorties) [34]. De plus, la femme enceinte a souvent l'esprit occupé car elle commence à investir sa grossesse et son bébé [34]. Elle pense à l'organisation de la nouvelle famille, parfois il y a des soucis plus matériels à prendre en compte comme des problèmes d'ordre financier ou professionnel. Elle porte donc moins d'intérêt à la vie sexuelle. Les petits maux tels que les nausées, les vomissements, l'asthénie, les insomnies ou encore les tensions mammaires peuvent entraîner une diminution du désir sexuel et se répercuter sur la fréquence des rapports sexuels [35]. Par ailleurs, la maternité renvoie vers l'histoire personnelle de la femme et de sa propre enfance [31]. La future mère recherche un besoin de protection auprès de son mari, ou de sa mère [36]. C'est la manifestation d'un besoin d'amour qui peut altérer la libido et donc diminuer la séduction [36]. Il faut souligner également que la sexualité peut être modifiée s'il s'agit d'une grossesse désirée ou non, ou encore s'il y a eu assistance médicale à la procréation ou des antécédents de fausse couche [36].

Deuxième trimestre : La différenciation [34, 35, 36]

La femme s'est adaptée aux différents changements et certains maux ont disparu. Elle a intégré son nouvel état de grossesse et prend conscience de la vie qui est en elle, grâce aux mouvements actifs fœtaux (MAF), aux échographies et aux modifications physiques [35]. Pour la plupart des femmes, c'est une période de repli sur soi, renforçant leur narcissisme [34]. L'intérêt sexuel est donc ranimé et il y a un recentrage sur le couple qui vit et assimile mieux leur sexualité [34]. Les craintes disparaissent (le risque de fausse couche peut être écarté et les angoisses de l'accouchement ne sont pas présentes dans leur esprit) [34]. C'est une période dite d'épanouissement sexuel [36].

Troisième trimestre : l'approche du passage inéluctable [31, 34, 35]

Cette période est ambiguë pour la femme : il y a conjointement une angoisse et une anticipation de l'accouchement [34]. On retrouve la peur de l'accouchement, de devenir mère ou encore de rencontrer l'enfant réel [34]. Le schéma corporel devient étranger à la femme : les douleurs de fin de grossesse apparaissent [31]. Concernant le comportement sexuel, le désir a tendance à diminuer à cette période, le couple découvre une nouvelle forme de sexualité (positions, sensations, satisfactions) qui ne satisfait pas toujours et qui entraîne une baisse voire un arrêt de la sexualité [35].

4. Conséquences de la sexualité sur la grossesse physiologique

Lors d'une grossesse physiologique, contrairement aux croyances passées, les couples peuvent poursuivre les rapports sexuels en toute sécurité.

4.1 Les conséquences obstétricales

Une étude réalisée par A.E. Sayle [37] en 2001 a cherché à savoir s'il existait une différence entre la sexualité des femmes accouchant prématurément et celle des femmes accouchant à terme. Les résultats de cette enquête ont montré qu'il n'y avait aucun effet néfaste de la sexualité sur la durée de la grossesse [37]. En fait, les femmes qui ont accouché à terme ont eu plus de rapports sexuels en fin de grossesse que les femmes qui ont accouché prématurément [37]. Ces données confirment les conclusions d'une grande étude antérieure, publiée en 1993 par l'équipe de J.S. Read

[38], qui avait également décrit une relation inverse entre sexualité et prématurité. Les études menées récemment confirment qu'il n'y a pas d'effets négatifs pour la grossesse dans la poursuite jusqu'à l'accouchement des relations sexuelles (Cito, 1997 [39]; Robert, 2002 [7]). Ainsi, Les rapports sexuels, même ceux aboutissant à l'orgasme, ne provoquent pas de contractions suffisamment intenses pour entraîner une modification du col de l'utérus [7].

D'autre part, les rapports sexuels peuvent être à l'origine de saignements mineurs pendant la grossesse expliqués par une fragilité du col de l'utérus très vascularisé à cette période [7]. Par exemple, un toucher vaginal lors du suivi médical de grossesse peut provoquer ce type de saignements sans impact pour la poursuite de la gestation [7]. En aucun cas, d'après M. Ganem [3] et A.-E. Sayle [38] la sexualité n'est responsable de fausses couches.

4.2 Les conséquences fœtales

Rappelons tout d'abord que le fœtus est protégé dans sa cavité amniotique, un lieu sécurisé. En effet, la poche des eaux et le liquide amniotique sont des isolants mécaniques et acoustiques [40]. Ainsi, durant l'acte sexuel, le fœtus n'a qu'une faible perception des mouvements et des bruits extérieurs. Laroche a étudié la perception du comportement du fœtus pendant le coït [41]. Elle a mis en évidence :

- des mouvements actifs doux au cours des caresses sur le ventre, les seins et la région génitale [41]
- un arrêt des mouvements imperceptibles par la femme lors de la pénétration [41]
- une reprise des mouvements actifs cette fois si plus « brutaux » après l'orgasme [41]

Il semblerait que le fœtus s'adapte aux sensations qu'il reçoit durant l'activité sexuelle et selon certains auteurs l'enfant recevrait les endorphines maternelles sécrétées pendant l'acte, ce qui favoriserait son bien-être [41]. Concernant les conséquences des rapports sexuels sur le rythme cardiaque fœtal (RCF), plusieurs études ont été réalisées mais aucune d'elles n'a réussi à apporter une vérité. Nous

pouvons juste évoquer le rôle des contractions utérines déclenchées par l'orgasme qui comme toute autre activité physique peut influencer sur le RCF [39].

5. Contre-indications

Le coït n'est pas à l'origine de complications obstétricales. Dans certaines situations pathologiques, les médecins recommandent cependant l'abstinence.

5.1 La menace d'accouchement prématuré (MAP) [41, 42, 43, 44]

Lors d'une grossesse physiologique, l'activité sexuelle est possible car les phénomènes engendrés par celle-ci ne sont pas assez puissants pour déclencher le travail. L'activité physique, par exemple, entraîne des contractions ; or la femme enceinte ne va pas rester aliter pendant neuf mois. Pourquoi il en serait autrement pour l'activité sexuelle.

De nombreuses études telles que celles de Perkins (1979) [42], Rayburn (1980) [43] ou encore Georgakopoulos (1971) [44] ont étudié le lien entre l'activité sexuelle et la MAP. Aucune d'entre elles n'a permis d'établir un lien de cause à effet. Les rapports sexuels ne sont pas la cause de la MAP, néanmoins, ils peuvent être à l'origine de contractions utérines. Comme causes nous retrouvons l'activité physique lors des ébats sexuels et la stimulation des mamelons entraînant une sécrétion d'ocytocine responsable de contractions utérines [41]. La libération de sperme constitué de prostaglandines peut également induire des contractions [41] Laroche dans sa thèse décrit l'effet des prostaglandines et montre « ... qu'en dépit du fait que leur absorption soit très augmentée pendant la grossesse, la quantité absorbée après l'éjaculation lors d'un rapport sexuel, ne paraît pas suffisante pour causer des contractions susceptibles de provoquer le travail. » [41].

En ce qui concerne l'orgasme, il s'agit du mécanisme physiologique le plus mis en cause dans la survenue de contractions utérines susceptibles d'engendrer une modification cervicale. Dans le contexte de la MAP le principal traitement est le repos. Par précaution, il semble donc judicieux de proscrire les rapports sexuels chez les femmes à risques.

5.2 Le placenta prævia [40]

Il s'agit d'une localisation anormale du placenta bas inséré sur le segment inférieur de l'utérus et parfois responsable de métrorragies [40]. Dans ce cas, le repos est prescrit afin d'éviter la survenue de contractions utérines pouvant induire une hémorragie mettant en jeu le pronostic vital maternel et fœtal [40]. Les rapports sexuels seront contre-indiqués.

5.3 La rupture prématurée des membranes (RPM) [38]

Dans ce cas, les rapports sexuels sont formellement contre-indiqués car il n'existe plus de barrière pour protéger le fœtus des infections. La montée des germes par voie ascendante est majorée par la pénétration [38]. Les membranes rompues, la patiente est habituellement hospitalisée, mais lors des ruptures précoces et prolongées, il arrive que l'on autorise une sortie avec un suivi en « externe ». Les rapports sexuels sont donc à proscrire dans cette situation.

III. Et le père? : Retentissement de la grossesse

1. la sexualité masculine pendant la grossesse

La grossesse modifie également la sexualité masculine au niveau du désir, du plaisir, de la fréquence des rapports et des pratiques sexuelles.

Globalement, le désir de l'homme resterait inchangé pendant les deux premiers trimestres de la grossesse et le désir ressenti serait similaire à celui éprouvé avant le début de celle-ci. Ce n'est qu'au troisième trimestre qu'il va s'effondrer. Reichenbach, Alla et Lorson, dans leur étude « Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse » [5] révèlent que le désir est très présent pour beaucoup d'hommes tout au long de la grossesse. Il reste inchangé chez 68% des pères interrogés pendant les deux premiers trimestres avant de baisser au troisième trimestre chez 27% d'entre eux [5]. Ceci est d'autant plus vrai chez les pères dont c'est le premier enfant, tandis que pour les pères ayant déjà fait l'expérience d'une première grossesse, les variations du désir au troisième trimestre sont moins importantes [5]. En effet, ce dernier a une meilleure compréhension de l'état de grossesse ; donc il éprouve moins d'inquiétudes, ce qui laisse plus de place au désir [5]. Bogren, en 1991, dans son étude sur 81 couples [45] rapporte que concernant le désir sexuel, il a diminué chez 17% des hommes au premier trimestre et 64% au dernier trimestre de grossesse. Ce désir ayant d'avantage diminué chez les hommes ayant des bonnes relations avec leur mère.

Concernant la fréquence des rapports, elle diminue progressivement au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse. Masters et Johnson dans leur étude de 1966 sur 111 femmes enceintes et 79 maris [16] ont montré tout d'abord une baisse de l'activité sexuelle au premier trimestre suivi d'une augmentation au deuxième trimestre, et de nouveau une baisse au dernier trimestre de grossesse. Pasini quant à lui dans son travail sur 117 hommes [17] rapporte qu'un quart d'entre eux a diminué la fréquence des rapports dès le premier trimestre contre 70,1% au troisième trimestre. Cette baisse est d'ailleurs vécue plus négativement par les hommes que les femmes [17]. Reichenbach, Alla et Lorson, dans leur étude [5] déclarent que la fréquence des rapports sexuels diminue tout au long de la grossesse. En effet, ceux qui ont plus de cinq rapports par mois passent de 70% au premier trimestre, 52% au deuxième et 22% au troisième trimestre [5].

A propos des modifications des pratiques sexuelles, Pasini [17] met en avant l'augmentation d'une activité sexuelle substitutive au cours de l'avancement de la grossesse présente chez 46 couples sur 100. Dans 34 cas, il s'agissait de caresses réciproques et dans 12 cas d'une masturbation masculine uniquement [17]. Dans l'étude de Von Sydow [4], l'activité sexuelle coïtale de la femme est souvent motivée par sa préoccupation concernant son partenaire. Dans un tiers des cas, concernant les stimulations sexuelles non coïtales, seul l'homme est stimulé [4].

La satisfaction sexuelle quant à elle reste inchangée dans les six premiers mois puis diminue à la fin de la grossesse. Reichenbach, Alla et Lorson [5] ont ainsi montré que le plaisir était identique pendant les deux premiers trimestres dans 68% des cas contre 48% au dernier trimestre. Masters et Johnson évoquaient dans leur étude [16] une augmentation du plaisir au deuxième trimestre qui n'est pas ressentie dans l'étude de Reichenbach, Alla et Lorson [5] ou encore dans celle de Pasini [17].

2. Son vécu [5,7,31,42,46,47,48]

Chez la femme les phénomènes somatiques de la grossesse sont au premier plan. L'intrication entre modifications physiques et psychiques est donc inévitable. Pour l'homme, c'est différent car la paternité se situe quasi exclusivement dans le domaine psychologique. En effet, l'homme ne peut être père que grâce au corps de sa femme. Cette nécessité peut affecter son comportement. Il aura beaucoup de mal à se positionner par rapport à l'enfant à venir. Que l'enfant ait été désiré ou non, il va perturber l'équilibre du couple et l'identité masculine va inévitablement subir des remaniements [5]. En effet, Perkins en 1981 [42], insiste sur l'ambivalence de l'homme concernant la grossesse de sa partenaire et donc sa paternité. Il peut y avoir une adhésion ou au contraire une compétition de l'homme vis-à-vis de la grossesse et de l'enfant [42]. D'une part, la gestation conforte l'homme dans sa virilité par l'acte de procréation. D'autre part, celle-ci crée un sentiment d'exclusion entraînant des doutes voire une insécurité. Ces derniers peuvent trouver leur exutoire dans des phénomènes psychosomatiques (le syndrome de Couvade par exemple) [46]. Mais ils se traduisent plus généralement par des craintes liées à l'état de grossesse [47]. La peur de blesser le fœtus avec le pénis est la plus fréquente d'entre-elles [47]. Nous retrouvons également la peur de léser la mère, d'entraîner une fausse couche, une rupture de la poche des eaux, un accouchement prématuré ou la crainte d'un enfant anormal [47].

Ces peurs sans fondement médical, sont parfois difficiles à maîtriser et peuvent induire une altération de la vie sexuelle pendant la grossesse.

Par ailleurs, le regard et le désir de l'homme peuvent changer au cours de la grossesse. Certains apprécient les modifications corporelles de leur compagne qu'ils trouvent sublimée, embellie [48]. Tandis que d'autres, n'acceptent pas que le corps de leur partenaire change [48]. Ils se sentent moins attirés par l'esthétique de leur femme. Enfin, l'homme devient le témoin de la transformation de la femme en mère [48]. Celle-ci est mise sur un piédestal. L'homme devient alors très protecteur, maternant excessivement sa compagne [48]. Son esprit se projette dans sa propre enfance marquée par la dépendance à sa mère [48]. Il peut donc avoir la sensation de régresser. L'image de la mère est alors trop présente et peut nuire à son désir. De plus, la crainte que sa femme ne soit plus qu'une mère et non une amante refait surface [48].

Heureusement, les modifications psychiques expliquées précédemment n'affectent pas tous les hommes et elles varient d'un homme à l'autre.

3. Les croyances

3.1 Dans les sociétés primitives [14, 17, 49, 50, 51]

La lecture de travaux ethnologiques montre la grande diversité des croyances de l'homme « enceint » (homme dont la partenaire est enceinte) [14]. Pasini rapporte dans son traité sur la sexologie médicale [17] diverses interdictions concernant les rapports sexuels durant la grossesse dans les sociétés primitives. Pour les Massaïs africains, le coït entraîne des fausses-couches [14]. Chez les Ewés du Togo, le mari qui transgresse l'interdit de rapports sexuels risque de provoquer une fausse-couche ou d'avoir un enfant mort-né [49]. En Afrique équatoriale, les femmes devaient vivre en célibataires pendant deux ans sous peine de risquer la mort de leur bébé [49]. Chez les indiens Crows, lorsque la mère ressent les premiers mouvements du fœtus, elle doit cesser les rapports [50]. En Inde, les femmes observaient des règles d'abstinence une dizaine de jour avant la date présumée d'accouchement [50]. Pendant la dynastie Tchou en Chine, l'activité sexuelle devait cesser trois mois avant et trois mois après l'accouchement [51]. Les Inuits en revanche, pensent que l'enfant grandit dans le ventre de sa mère nourrit par le sperme qui va le modeler [14].

3.2 Dans nos sociétés industrialisées [16, 17]

Masters et Johnson dans leur ouvrage « Les réactions sexuelles humaines » [16] ont montré que : 31 hommes sur 79 attribuaient rétrospectivement une baisse lente de la fréquence des relations sexuelles avec pénétration au cours de la grossesse à la peur de causer un préjudice physique à leur enfant. Pasini [17] a montré que les raisons de la diminution de la fréquence des rapports sexuels étaient liées dans 55% des cas à une préoccupation pour l'enfant avec un fantasme de « pénis dangereux » dans l'acte sexuel.

3.3 Les craintes envers le fœtus [52, 53]

Par rapport au fœtus, deux éléments peuvent être considérés comme des agresseurs : l'acte sexuel en lui-même dans ce qu'il bouleverse dans le corps de la femme, surtout s'il aboutit à l'orgasme et le sexe masculin qui peut être considéré comme un objet pouvant léser l'enfant [52]. Le fœtus, déjà investi comme un enfant à protéger, doit être porté par la femme en toute sérénité. L'orgasme, générateur de contractions utérines parfois ressenties très intensément, peut engendrer la peur d'étouffer le fœtus ou de provoquer une fausse couche ou un accouchement prématuré [52]. Le pénis, lors du rapport sexuel peut être vécu comme intrusif. Certaines croyances évoquent un contact avec le fœtus tandis que d'autres un contact avec le sperme pouvant contaminer l'enfant [52]. La peur du sexe masculin qui blesse l'enfant a aussi son corollaire dans l'angoisse masculine de se faire toucher, voire mordre, par l'enfant [53]. Est-ce le fantasme de « vagin denté » décrit par Freud [53] qui remonte inconsciemment à la surface ? Lors de la grossesse, c'est à une relation sexuelle en présence d'un tiers que l'on assiste, tiers qu'il faut protéger, mais qui peut aussi être ressenti comme participant [53]. A ce moment-là, le fœtus est considéré comme un voyeur, un intrus rendant les rapports sexuels difficiles [53].

3.4 Les craintes envers la mère [17, 54]

Concernant la peur de faire mal à la mère, elle est moins souvent la cause de l'arrêt des rapports sexuels [54]. Néanmoins, elle reste présente dans l'esprit de certains hommes qui considèrent la femme comme fragile pendant la grossesse [54]. Ils vont donc modifier leurs pratiques [17]. L'homme devient alors extrêmement protecteur et il arrive fréquemment que la femme profite de cette situation et

s'adonne à des caprices [54]. Enfin, certains sont inquiets des conséquences de la pénétration sur la MAP ou encore la RPM.

LA RECHERCHE

I. Cadre conceptuel de l'étude

1. Problématique

La grossesse est une période de bouleversement qui met parfois la sexualité des couples à rude épreuve. D'autant qu'il existe de nombreuses croyances au sujet des relations sexuelles pendant la grossesse. C'est pourquoi, nous nous interrogeons sur les sources d'informations des pères sur la sexualité pendant la grossesse.

2. Objectifs

Nous souhaitons grâce à cette étude réalisée auprès des pères analyser dans un premier temps l'évolution de leur sexualité au cours de la grossesse et dans un second temps déterminer les causes de cette évolution.

Enfin, nous allons chercher à savoir comment les pères s'informent puis nous évaluerons leur besoin en information sur la sexualité pendant la grossesse. L'étude nous permettra également de mieux connaître les attentes de ces hommes concernant les renseignements qu'ils souhaitent et comment ils voudraient les obtenir. Ainsi, nous pourrions adapter nos pratiques.

3. Hypothèses

Notre première hypothèse est que, par défaut d'information, la sexualité des hommes pendant la grossesse est guidée par les mythes ancrés dans notre société.

Dans notre seconde hypothèse, nous supposons que c'est la femme enceinte qui est la principale source d'information de son conjoint sur la sexualité pendant la grossesse.

4. Méthodologie

Pour répondre à notre problématique, nous avons choisi de mener une étude rétrospective de type qualitative à visée descriptive.

4.1 La Cible de l'étude

4.1.1 *Critères d'inclusion*

Ont été inclus dans notre population :

- tous les « primipères » (pères qui viennent d'avoir leur premier enfant),
- d'un enfant né à terme (après 37SA),
- hétérosexuels,
- rencontrés à la maternité pendant la période de l'étude.

4.1.2 *Critères d'exclusion*

Ont été exclus :

- les primipères mineurs
- les pères ne comprenant pas le français
- les pères absents au sein du couple
- les pères dont la compagne ou le nouveau-né a présenté pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couche de graves complications (exemples : pré-éclampsie, RCIU sévère, placenta prævia, accouchement prématuré,...)
- les pères de jumeaux.

Ont secondairement été exclus :

- les pères ayant personnellement ou leur compagne des antécédents de violences (conjugales, sexuelles, physiques,...).

4.2 Le déroulement de l'étude

Cette étude a été réalisée entre le 21 Novembre 2015 et le 28 Février 2016 au sein de 7 maternités, publiques ou privées, de tout niveau, des départements de l'Eure et de la Seine-Maritime afin d'avoir une population la plus hétérogène possible. Sont concernées le CHU Charles Nicolle de Rouen (niveau III), le CH du Belvédère de Mont-Saint-Aignan (niveau II), la Clinique Mathilde de Rouen (niveau II), le CH

intercommunal Caux vallée de Seine de Lillebonne (niveau I), le CH intercommunal du Pays des Hautes Falaise de Fécamp (niveau I), le CH de Dieppe (niveau II) et le CH Eure et seine d'Evreux et Vernon (niveau II).

Nous avons choisi la période dite des suites de couche en maternité car l'accessibilité aux pères y est facilitée. L'étude sera donc rétrospective et concernera ce qui est antérieur à l'accouchement.

4.3 L'outil employé

Au premier abord, nous souhaitions recourir aux entretiens semi-dirigés pour réaliser cette enquête d'opinion. Cependant, en parcourant la littérature, nous nous sommes aperçus que dans plusieurs études abordant le thème de la sexualité, cet outil avait été modifié au profit des questionnaires. La raison évoquée de ce changement était le nombre insuffisant de volontaires. C'est pourquoi, le choix d'une enquête par questionnaires anonymes et sur la base du volontariat s'est imposé. Ainsi, nous avons élaboré un questionnaire écrit comportant 51 questions (ouvertes ou fermées) divisées en 5 parties distinctes (ANNEXE 1). La première partie administrative appelée « Généralités » permet de caractériser l'échantillon de la population étudiée. La seconde « Avant la grossesse », établit un constat de la sexualité des hommes avant la grossesse. Ensuite, la partie « Pendant la grossesse » compare les comportements sexuels avant et pendant la grossesse. Le questionnaire se poursuit par 16 questions concernant « L'information » reçue par les pères sur la sexualité. Enfin, nous concluons par une rubrique « Selon vous » visant à établir l'information que les hommes souhaitent recevoir sur la sexualité pendant la grossesse de leur compagne.

4.4 Les modalités de l'étude

La sexualité étant un sujet abordant la vie privée des couples, nous avons pris plusieurs précautions pour mener cette enquête.

Tout d'abord, concernant le questionnaire lui-même ; à chaque question évoquant l'intimité du couple nous avons ajouté un item « ne souhaite pas répondre »

pour ceux ne souhaitant pas révéler ce type d'information. Ensuite, nous avons choisi de distribuer le questionnaire en main propre avec une enveloppe à cacheter une fois celui-ci rempli, garantissant l'anonymat et une liberté d'expression des pères par rapport à leur compagne. Nous avons également testé le questionnaire sur un échantillon de 10 pères avant sa diffusion à plus large échelle pour s'assurer de sa pertinence.

Enfin, avant chaque distribution dans un service, l'enquêteur s'informait auprès des sages-femmes du service des couples qu'il pouvait solliciter en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion. En ciblant ainsi notre population, nous avons augmenté notre taux de réponse au questionnaire. Les questionnaires étaient soit rendu à l'enquêteur après un second passage soit transmis au personnel du service.

Au total, 246 questionnaires ont été distribués, nous en avons récupéré 221 parmi lesquels 203 étaient exploitables pour l'analyse. Ils étaient complets et les réponses étaient cohérentes. Le taux de réponse est d'environ 90% pour cette enquête.

4.5 Les freins

Le refus de certains établissements de participer à cette enquête et la difficulté à convaincre certains cadres de service de diffuser notre questionnaire ont allongé la durée de l'étude de plus d'un mois.

4.6 Traitement de l'information

Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé le logiciel Sphinx pour un dépouillement automatique et la réalisation de tableaux statistiques. Nous avons utilisé deux tests statistiques pour analyser nos données : le test du Chi 2 et le test exact de Fischer lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants (<5). Le p étant fixé à une valeur seuil de 5% pour les deux tests.

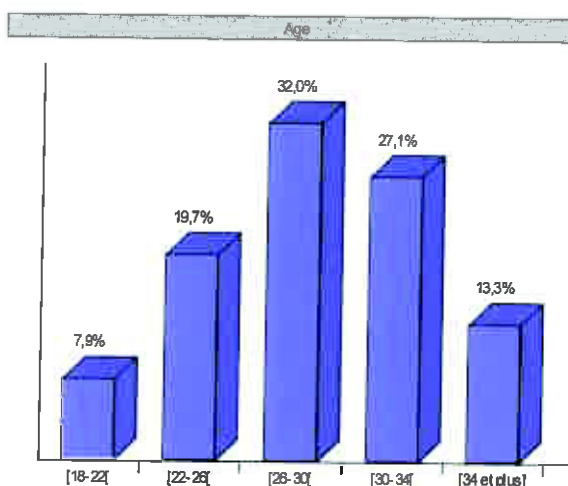
II. Résultats de l'étude

1. Caractéristiques de la population

- Lieu de l'enquête

Lieu de l'enquête	Nb. cit.	Fréq.
CH du Belvédère	47	23,2%
CH Eure-Seine Evreux/Vernon	32	15,8%
CHU de Rouen	28	13,8%
Clinique Mathilde	28	13,8%
CH Dieppe	25	12,3%
CHI Caux Vallée de Seine Lillebonne	24	11,8%
CH intercommunal de Fécamp	19	9,4%
TOTAL OBS.	203	100%

- Âge



N= 203

Âge minimum = 19 ans

Âge maximum= 41 ans

Âge moyen= 29.7 ans

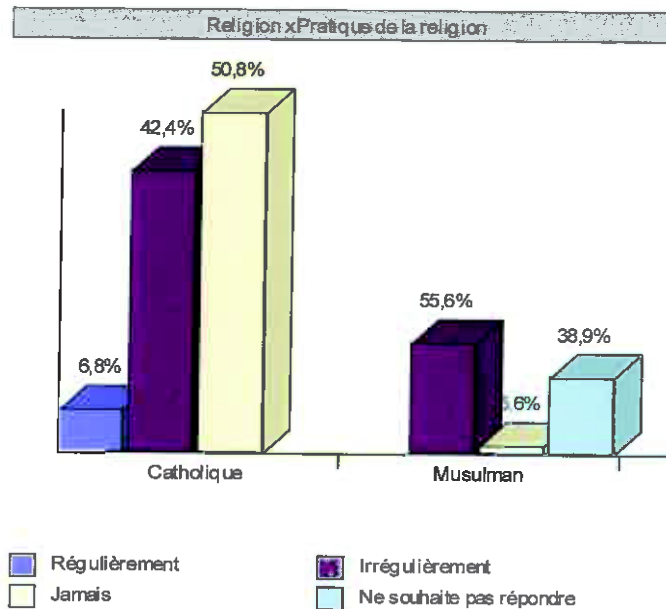
- Situation sociale

Etat civil	Nb. cit.	Fréq.
Marié	58	28,6%
Pacsé	37	18,2%
En couple	108	53,2%
Célibataire	0	0,0%
Autre	0	0,0%
TOTAL OBS.	203	100%

- Religion

Religion	Nb. cit.	Fréq.
Catholique	59	29,1%
Protestant	0	0,0%
Juif	0	0,0%
Musulman	18	8,9%
Sans religion	125	61,6%
Autre	0	0,0%
Ne souhaite pas répondre	1	0,5%
TOTAL OBS.	203	100%

- Pratique de la religion



N (catholique) = 59

N (musulman) = 18

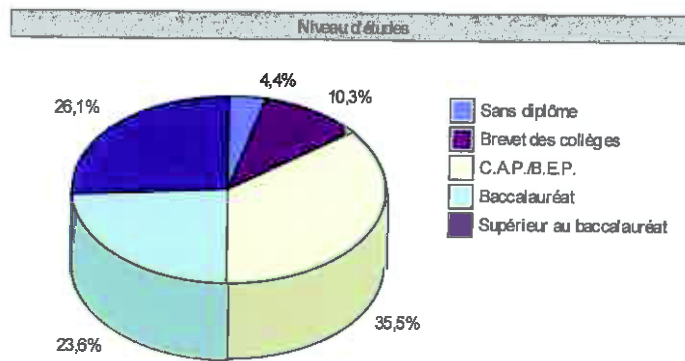
N (religions) = 76

Analyse croisée : Religion x pratique de la religion

Dépendance significative :

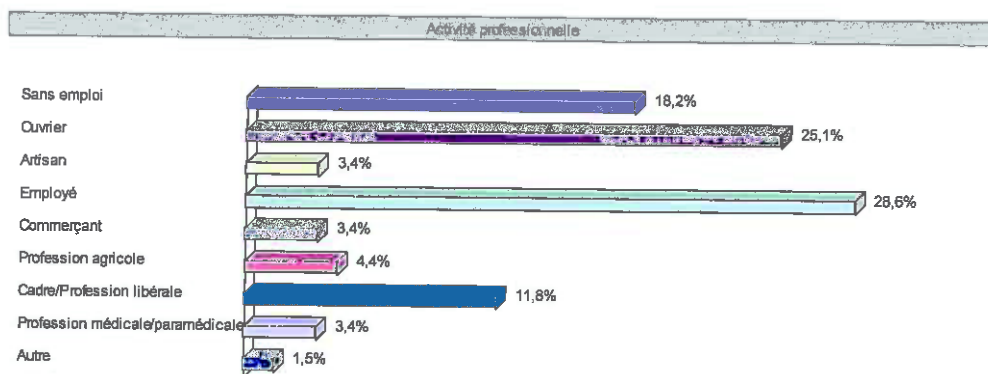
-Test exact de Fischer $p = 4,89 \times 10^{-7}$

- Niveau d'études



N = 203

- Profession



N= 203

- Nombre d'enfants

100% des pères inclus dans l'échantillon sont des « primipères » comme nous le souhaitons dans nos critères d'inclusions (N=203).

2. Généralités relatives à la grossesse

- Caractéristique de la grossesse actuelle

Grossesse	Nb. cit.	Fréq.
Désirée	180	88,7%
Plus ou moins désirée	7	3,4%
Inopinée/accidentelle	16	7,9%
Issue d'une AMP	0	0,0%
Ne souhaite pas répondre	0	0,0%
TOTAL OBS.	203	100%

- Complications pendant la grossesse

Une seule grossesse a présenté des complications et il s'agissait d'un diabète gestationnel insuliné n'ayant pas nécessité d'hospitalisation (N=203). Nous avons donc décidé de conserver ce questionnaire dans nos résultats car ce type de pathologie n'influe pas « physiquement » sur le comportement sexuel.

- Terme de l'accouchement

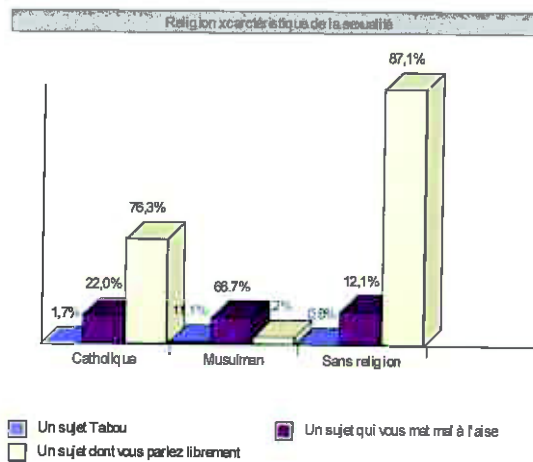
3 accouchements ont eu lieu avant terme (8^{ème} mois), pour le reste de l'échantillon l'accouchement s'est déroulé à terme au cours du 9^{ème} mois (N = 203).

- Caractéristique de la sexualité

2% des pères interrogés considèrent la sexualité comme un sujet tabou, 19,7% sont mal à l'aise pour en parler, et 77, 8% en parlent librement. 1 père n'a pas souhaité répondre (N=203). Nous pouvons donc considérer que plus de 2/3 des pères sont prêt à aborder ce thème.

- Comparaison des caractéristiques de la sexualité en fonction de la religion, de l'âge et du niveau d'étude.

Religion :



N (catholique) = 59

N (musulman) = 18

N (sans religion) = 125

N (religions) = 202

Analyse croisée : Religion x caractéristique de la sexualité

Dépendance significative :

- Test exact de Fischer : $p = 2,37 \times 10^{-5}$

Âge :

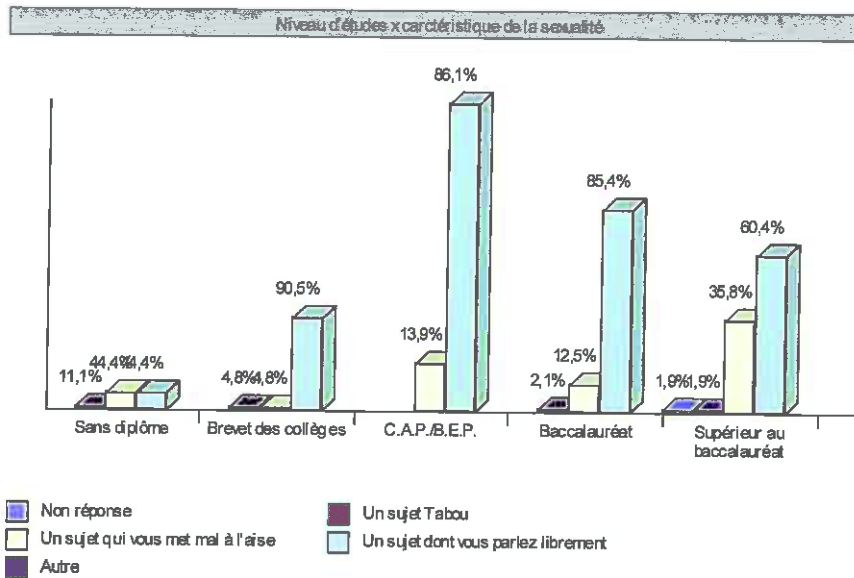
carctéristique de la sexualité	Un sujet Tabou	Un sujet qui vous met mal à l'aise	Un sujet dont vous parlez librement	TOTAL
Age				
[18-22[	0	0	16	16
[22-26[	1	6	33	40
[26-30[	2	16	47	65
[30-34[	0	11	43	54
[34 et plus]	1	7	19	27
TOTAL	4	40	158	202

Analyse croisée : Âge x caractéristique de la sexualité

Dépendance non significative :

- Test exact de Fischer : $p = 0,208$

Niveau d'études :



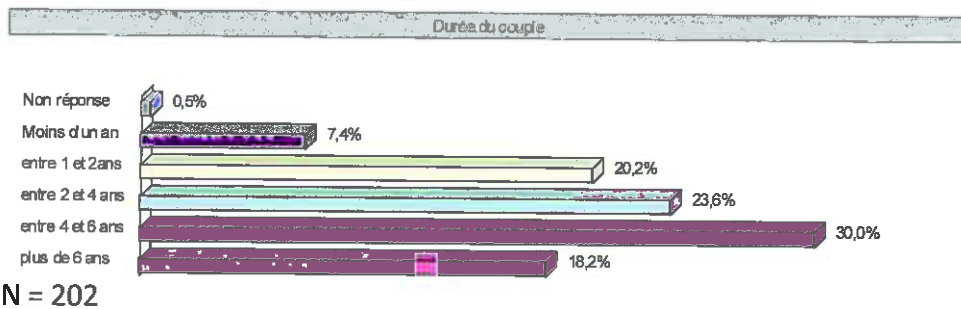
N=203

Analyse croisée : Niveau d'études x caractéristique de la sexualité

Dépendance significative :

- Test exact de Fischer : $p = 7,35 \times 10^{-4}$

- Durée du couple avec la compagne



La moyenne est d'environ 5 ans avec une durée minimale de 3 mois et une durée maximale de 12 ans.

3. Caractéristiques et évolution de la sexualité des pères

- Comparaison de la sexualité avant la grossesse à la sexualité pendant la grossesse

Poursuite des relations sexuelles pendant la grossesse

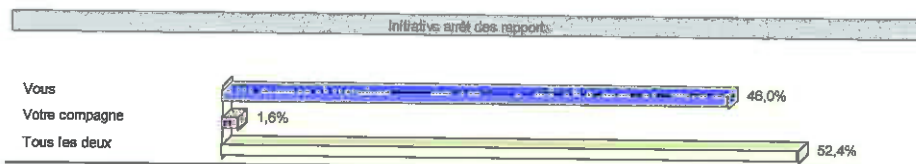
Poursuite des relations sexuelles	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	0,5%
Oui	78	38,4%
Non	124	61,1%
TOTAL OBS.	203	100%

Période de l'arrêt des relations sexuelles :



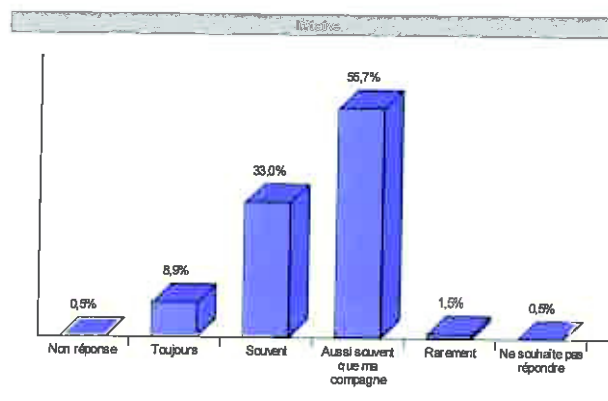
N= 124

Initiative de l'arrêt des relations sexuelles pendant la grossesse :



N= 124

Initiative des relations sexuelles avant la grossesse :



N=203

Analyse croisée : Poursuite des relations sexuelles pendant la grossesse x situation du couple

Dépendance non significative :

- Test du Chi 2 : $\chi^2=2.73$; ddl=2 ; 1-p=74.48% ; p=0,2552

Analyse croisée : Poursuite des relations sexuelles pendant la grossesse x niveau d'études

Dépendance non significative :

- Test du Chi 2 : $\chi^2=6.20$; ddl=3 ; 1-p=89.75% ; p= 0,1025

Analyse croisée : Poursuite des relations sexuelles pendant la grossesse x âge

Dépendance non significative :

- Test du Chi 2 : $\chi^2=2,73$; ddl=2 ; 1-p=74,48%, p=0,2542

Analyse croisée : Poursuite des relations sexuelles pendant la grossesse x religion

Dépendance non significative :

- Test du Chi 2 : $\chi^2= 2,29$; ddl=2 ; 1-p=68,21% ; p=0,3190

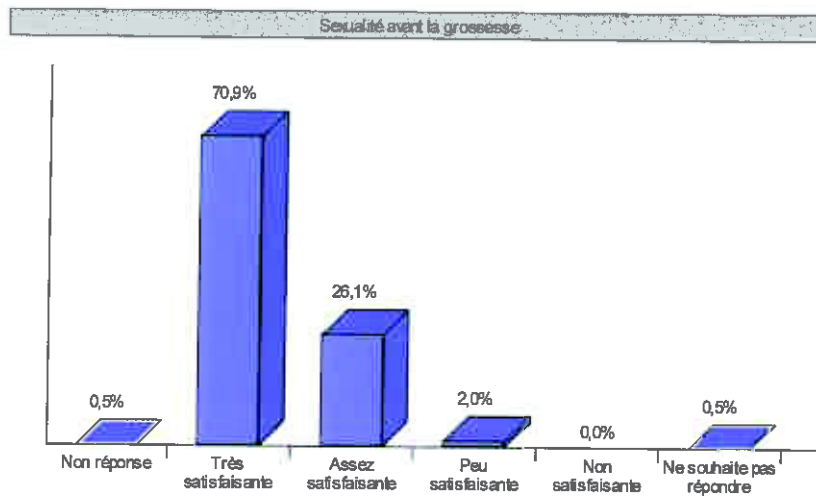
Analyse croisée : Poursuite des relations sexuelles pendant la grossesse x peurs

Dépendance significative :

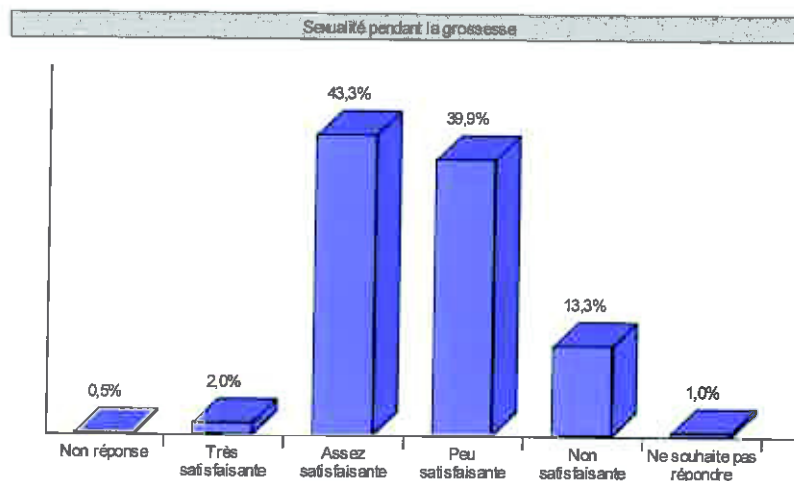
- Test du Chi 2 : $\chi^2= 64,83$; ddl= 18 ; 1-p= >99,99% ; P= <0,01

Evolution qualitative de la sexualité

→ Qualité de la sexualité avant et pendant la grossesse



N= 203



N= 203

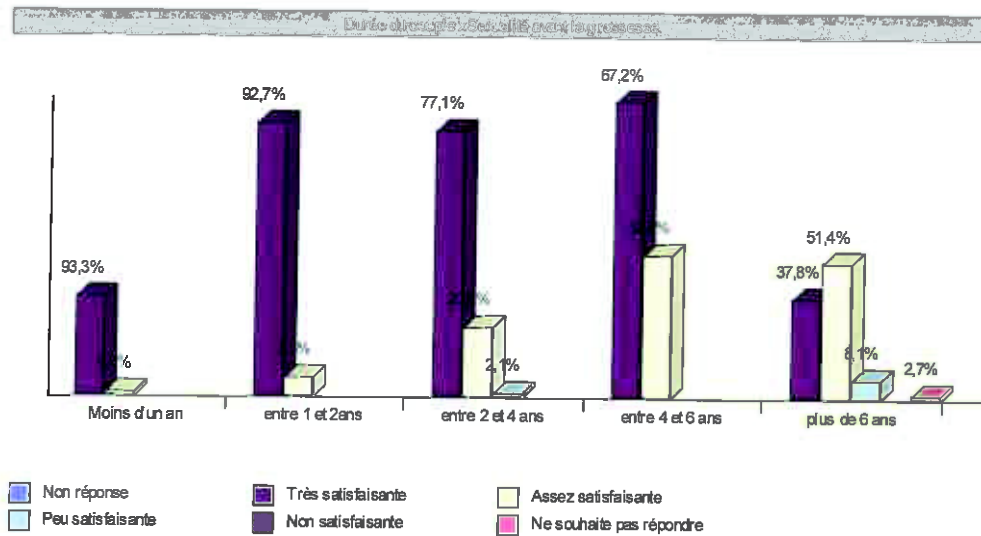
Tableau croisé : Qualification de la sexualité avant la grossesse x sexualité pendant la grossesse

Qualification de la sexualité	Non réponse	Très satisfaisante	Assez satisfaisante	Peu satisfaisante	Non satisfaisante	Ne souhaite pas répondre	TOTAL
Sexualité avant la grossesse							
Non réponse	1	0	0	0	0	0	1
Très satisfaisante	0	3	59	63	18	1	144
Assez satisfaisante	0	1	29	16	7	0	53
Peu satisfaisante	0	0	0	2	2	0	4
Non satisfaisante	0	0	0	0	0	0	0
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	1	4	88	81	27	2	203

Dépendance non significative :

-Test exact de Fischer : p= 0.157

➔ **Analyse croisée : Durée du couple x qualité de la sexualité avant la grossesse**



N (moins d'un an)= 15 ; N (entre 1 et 2 ans)= 41 ; N (entre 2 et 4 ans)= 48

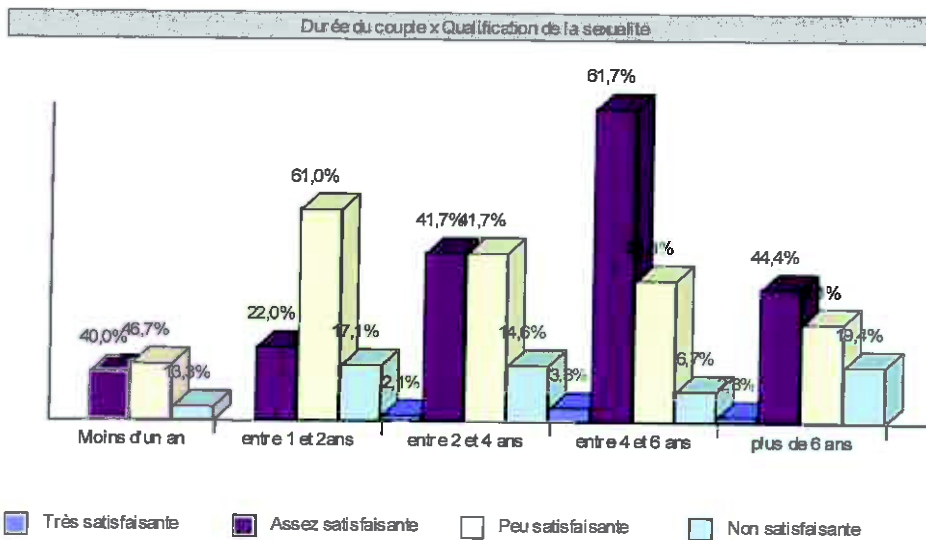
N (entre 4 et 6 ans) = 61 ; N (plus de 6 ans) = 37

N (total)=202

Dépendance significative :

- Test exact de Fischer : $p = 8,15 \times 10^{-6}$

Analyse croisée : Durée du couple x qualification de la sexualité pendant la grossesse



N (moins d'un an)= 15 ; N (entre 1 et 2 ans)= 41 ; N (entre 2 et 4 ans)= 48 ;

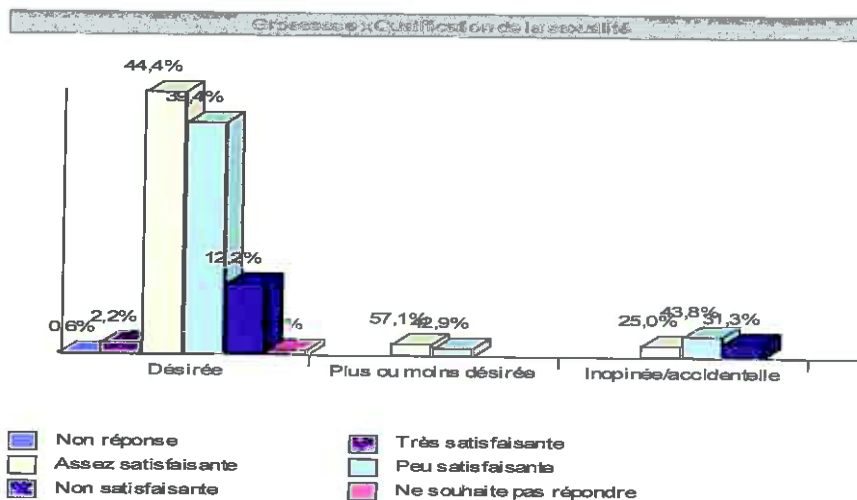
N (entre 4 et 6 ans) = 61 ; N (plus de 6 ans) = 37

N (total)= 202

Dépendance significative :

- Test exact de Fischer : $P\text{-value} = 3,49 \times 10^{-5}$

→ Analyse croisée : Qualité de la sexualité x venue de la grossesse



N (désirée)= 180 ; N (plus ou moins désirée)= 7 ; N (inopinée/ accidentelle)= 16

N (total) = 203

Analyse croisée : Qualité de la sexualité x venue de la grossesse

Dépendance non significative :

-Test exact de Fischer : $p > 0,05$

→ Désir sexuel avant et pendant la grossesse

	Désir/libido	Nombre cité	Fréquence	Majorité
Avant la grossesse	Toujours présent	71	35,0%	Souvent présent
	Souvent présent	130	64,0%	
	Rarement présent	0	0,0%	
	Non réponse/NSPR	2	1,0%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 1	Augmenté	21	10,3%	→
	Diminué	4	2,0%	
	Inchangé	162	79,8%	
	Non réponse	16	7,9%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 2	Augmenté	25	12,3%	→
	Diminué	10	4,9%	
	Inchangé	152	74,9%	
	Non réponse	16	7,9%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 3	Augmenté	13	6,4%	↘
	Diminué	101	49,8%	
	Inchangé	73	36,0%	
	Non réponse	16	7,8%	
	Total	203	100,0%	

Tableau croisé : Désir des relations sexuelles avant la grossesse x désir des relations sexuelles pendant la grossesse

Evolution du changement	Désir/libido augmenté au premier trimestre	désir/libido diminué au premier trimestre	désir/libido inchangé au premier trimestre	TOTAL
Désir des relations sexuelles				
Toujours présent	10	1	55	66
Souvent présent	11	3	107	121
Rarement présent	0	0	0	0
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0
TOTAL	21	4	162	187

Dépendance non significative :

-Test exact de Fischer: $p= 0.494$

➔ Plaisir sexuel avant et pendant la grossesse

	Plaisir	Nombre cité	Fréquence	Majorité
Avant la grossesse	Toujours présent	177	87,2%	Toujours présent
	Souvent présent	24	11,8%	
	Rarement présent	0	0,0%	
	Non réponse/NSPR	2	1,0%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 1	Augmenté	10	4,9%	➔
	Diminué	1	0,5%	
	Inchangé	175	86,2%	
	Non réponse	17	8,4%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 2	Augmenté	7	3,4%	➔
	Diminué	12	5,9%	
	Inchangé	166	81,8%	
	Non réponse	18	8,9%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 3	Augmenté	6	3,0%	➔
	Diminué	46	22,7%	
	Inchangé	133	65,5%	
	Non réponse	18	8,9%	
	Total	203	100,0%	

Tableau croisé : Plaisir des relations sexuelles avant la grossesse x plaisir des relations sexuelles pendant la grossesse

Evolution du changement	plaisir lors des rapports sexuels augmenté au premier trimestre	plaisir lors des rapports sexuels diminué au premier trimestre	plaisir lors des rapports sexuels inchangé au premier trimestre	TOTAL
Fréquence des relations sexuelles				
Moins de 1 fois/semaine	3	0	5	8
1 fois/semaine	3	0	55	58
2 à 3/semaine	4	1	84	89
4 fois/semaine et plus	0	0	31	31
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0
TOTAL	10	1	175	186

Dépendance significative :

- Test exact de Fischer : $p= 1.33 \times 10^{-3}$

Evolution quantitative de la sexualité avant et pendant la grossesse

➔ Fréquence de la sexualité avant et pendant la grossesse

	Fréquence des relations sexuelles	Nombre cité	Fréquence	Majorité
Avant la grossesse	Moins de 1x/sem	8	3,9%	2 à 3x/sem
	1x/sem	61	30,0%	
	2 à 3x/sem	96	47,3%	
	4x et plus/sem	35	17,2%	
	Non réponse/NSPR	3	1,9%	
Total	203	100,0%		
Trimestre 1	Augmenté	14	6,9%	➔
	Diminué	80	39,4%	
	Inchangé	93	45,8%	
	Non réponse	16	7,9%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 2	Augmenté	2	1,0%	⚡
	Diminué	171	84,7%	
	Inchangé	14	6,9%	
	Non réponse	16	7,9%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 3	Augmenté	2	1,0%	⚡
	Diminué	183	90,1%	
	Inchangé	2	1,0%	
	Non réponse	16	7,9%	
	Total	203	100,0%	

Tableau croisé : Fréquence des relations sexuelles avant la grossesse x fréquence des relations sexuelles pendant la grossesse

Evolution du changement	Fréquence des rapports sexuels augmentée au premier trimestre	Fréquence des rapports sexuels diminuée au premier trimestre	Fréquence des rapports sexuels inchangée au premier trimestre	TOTAL
Fréquence des relations sexuelles				
Moins de 1 fois/semaine	0	2	6	8
1 fois/semaine	1	22	35	58
2 à 3/semaine	9	42	39	90
4 fois/semaine et plus	4	14	13	31
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0
TOTAL	14	80	93	187

Dépendance non significative :

-Test exact de Fischer : $p=0.124$

Evolution des comportements sexuels

→ Changements de la sexualité au cours de la grossesse

Changements de la sexualité	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	0,5%
Oui	196	96,6%
Non	6	3,0%
Ne souhaite pas répondre	0	0,0%
TOTAL OBS.	203	100%

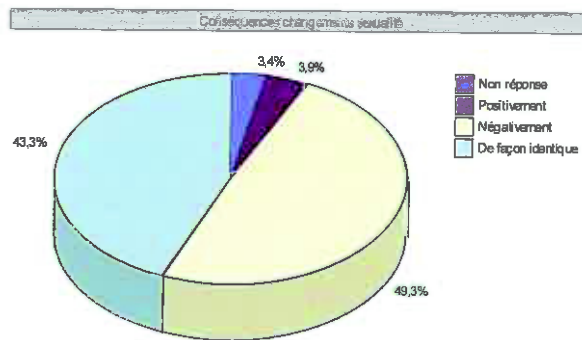
→ Evolution de la douleur au cours des différents trimestres de la grossesse

	Douleur	Nombre cité	Fréquence	majorité
Trimestre 1	Augmentée	1	0.5%	→
	diminuée	11	5.4%	
	inchangée	148	72.9%	
	Non réponse	43	21,2%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 2	Augmentée	7	3.5%	→
	Diminuée	11	5.4%	
	Inchangée	147	72.4%	
	Non réponse	38	18,7%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 3	Augmentée	22	10.8%	→
	Diminuée	12	5.9%	
	Inchangée	128	63.1%	
	Non réponse	41	20,2%	
	Total	203	100,0%	

→ Evolution des pratiques sexuelles substitutives en fonction des différents trimestres de la grossesse

	Pratiques substitutives	Nombre cité	Fréquence	majorité
Trimestre 1	Augmentée	7	3.4%	→
	diminuée	13	6.5%	
	inchangée	149	73.4%	
	Non réponse	34	16,7%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 2	Augmentée	40	19.7%	→
	Diminuée	27	13.3%	
	Inchangée	107	52.7%	
	Non réponse	29	14,3%	
	Total	203	100,0%	
Trimestre 3	Augmentée	33	16.2%	→ et ↘
	Diminuée	69	34.0%	
	Inchangée	69	34.0%	
	Non réponse	32	15,8%	
	Total	203	100,0%	

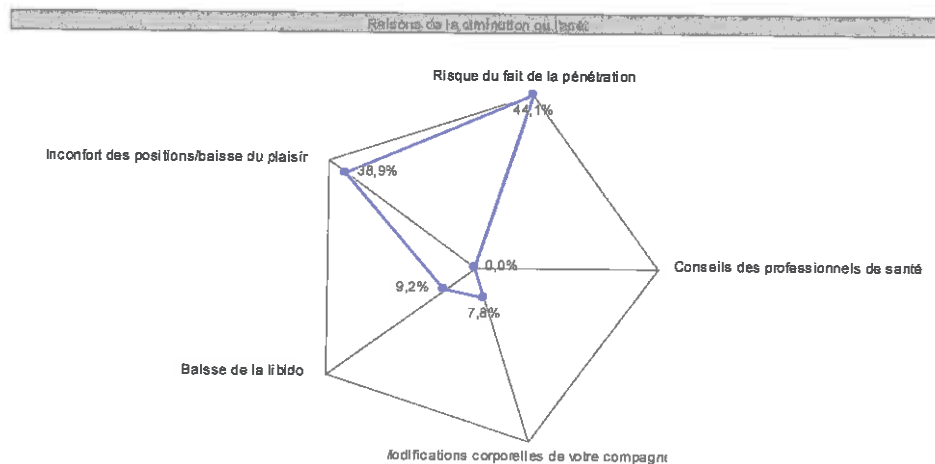
→ Vécu des changements



N=203

- Causes évoquées par les pères concernant l'évolution de la sexualité pendant la grossesse

Raisons de l'arrêt ou de la diminution des relations sexuelles



N=179

Analyse croisée : Niveau d'études x raisons de la diminution ou de l'arrêt des rapports
 Nous avons regroupé les classes [sans diplôme] et [brevet des collèges] afin d'avoir des effectifs suffisants pour utiliser le test du Chi2.

Dépendance non significative :

- Test du Chi 2 : $\chi^2=3,15$; ddl=3 ; 1-p=63,05% ; p=0,3695

Analyse croisée : Âge x raisons de la diminution ou de l'arrêt des rapports

Nous avons regroupé les classes [18-22[ans et [22-26[ans pour avoir des effectifs suffisants pour l'utilisation du test du Chi2.

Dépendance non significative :

- Test du Chi 2 : $\chi^2=10,08$; ddl=8 ; 1-p=74,03% ; p=0,2597

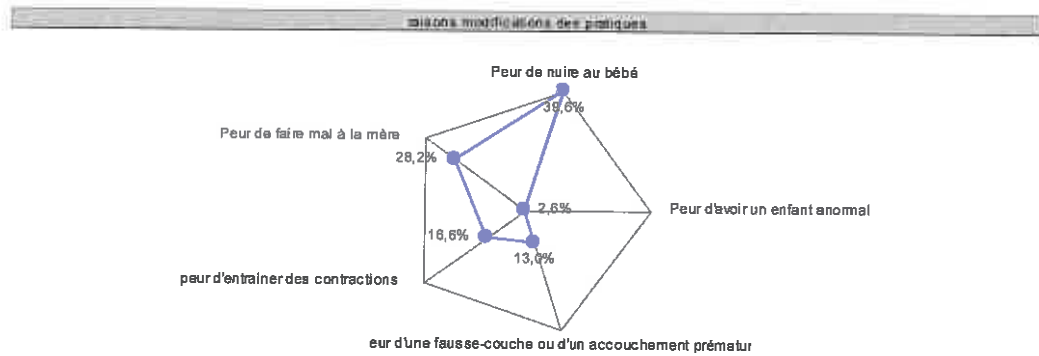
Analyse croisée : Religion x raisons de la diminution ou de l'arrêt des rapports

Dépendance non significative :

- Test du Chi 2 : $\chi^2=4,99$; ddl=6 ; 1-p=45,44% ; p=0,5456

Raisons de la modification des pratiques sexuelles pendant la grossesse

→ Personnelles



N= 191

Tableau croisé : Âge x raisons des modifications des pratiques

raisons modifications des pratiques	Peur de nuire au bébé	Peur de faire mal à la mère	Peur d'une fausse-couche ou d'un accouchement prématuré	peur d'entraîner des contractions	TOTAL
Age					
[18-26[	55	29	13	17	114
[26-30[	54	37	23	24	138
[30 et plus[	58	53	19	29	159
TOTAL	167	119	55	70	411

Nous avons regroupé les classes [18-22[ans et [22-26[ans ainsi que les classes [30-34[ans et [34 et plus[pour avoir des effectifs suffisants pour l'utilisation du test du Chi 2.

Dépendance non significative :

- Test du Chi2 : $\chi^2=6.27$; ddl=6 ; 1-p=60.68% ; p=0,3932

Tableau croisé : Religion x raisons des modifications des pratiques

raisons modifications des pratiques	Peur de nuire au bébé	Peur de faire mal à la mère	Peur d'une fausse-couche ou d'un accouchement prématuré	peur d'entraîner des contractions	TOTAL
Religion					
Catholique	43	33	17	18	111
Musulman	15	5	10	12	42
Sans religion	108	81	27	40	256
TOTAL	166	119	54	70	409

Dépendance significative :

- Test du Chi2 : $\chi^2=14.28$; ddl=6 ; 1-p=97.33% ; p=0,0267

Analyse croisée : niveau d'études x raisons des modifications des pratiques

Nous avons regroupé 2 classes (sans diplôme et brevet des collèges) pour avoir un effectif suffisant pour effectuer le test du Chi 2.

Dépendance non significative :

- Test du Chi 2 : $\chi^2=8.69$; ddl=9 ; 1-p=53.38% ; p=0,4662

→ **Recommandations du professionnel**

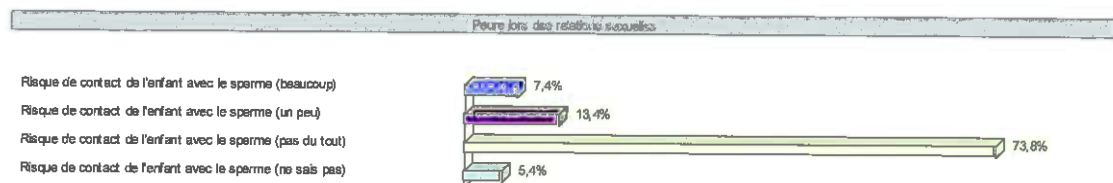
Recommandations du professionnel	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	198	97,5%
Médecin traitant	2	1,0%
Gynécologue-obstétricien	1	0,5%
Sage-femme	2	1,0%
Sexologue	0	0,0%
Psychologue	0	0,0%
Autre	0	0,0%
TOTAL OBS.	203	100%

L'indication des recommandations du professionnel de santé était :

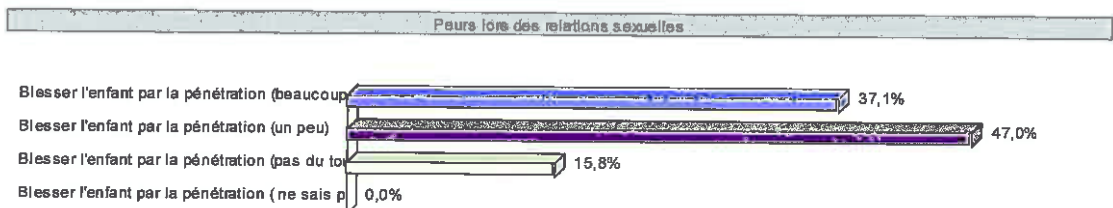
- Limiter les rapports sexuels (1)
- Contractions après les rapports sexuels (1)
- Risque pour le bébé d'un accouchement prématuré (1)
- Contractions après les rapports sexuels (1)
- Nuire à l'enfant et à la mère (1)

N (total)= 5

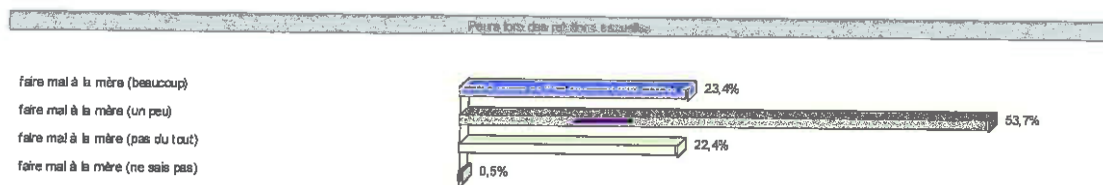
Peurs lors des relations sexuelles pendant la grossesse



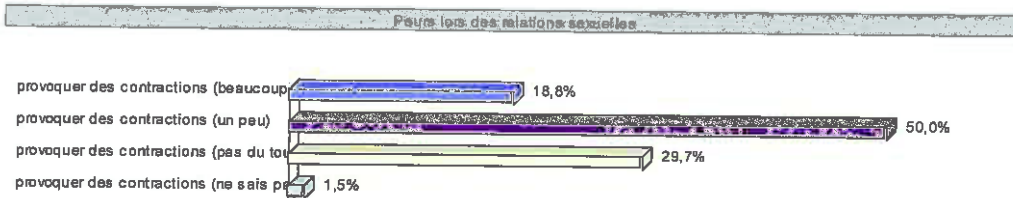
N=202



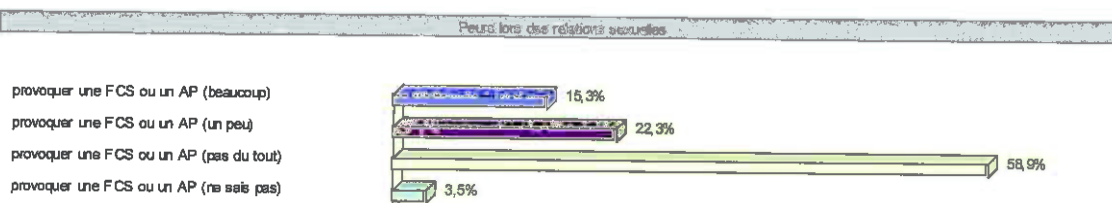
N=202



N=202



N=202

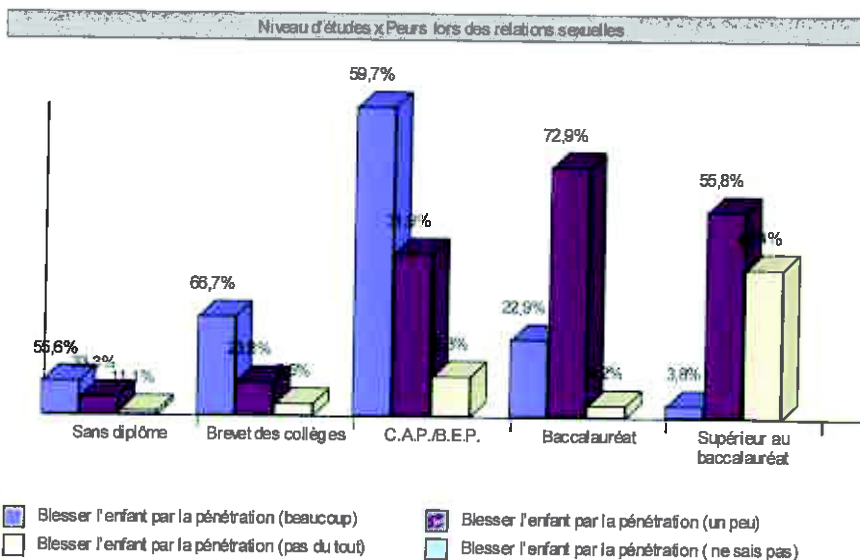


N=202

Non réponse = 0.1% pour l'ensemble des items des peurs

Peurs en fonction du niveau d'études

Analyse croisée : Niveau d'études x peur de blesser l'enfant par la pénétration



N (sans diplôme)= 9 ; N (brevet des collèges)= 21 ; N (CAP/BEP)= 72

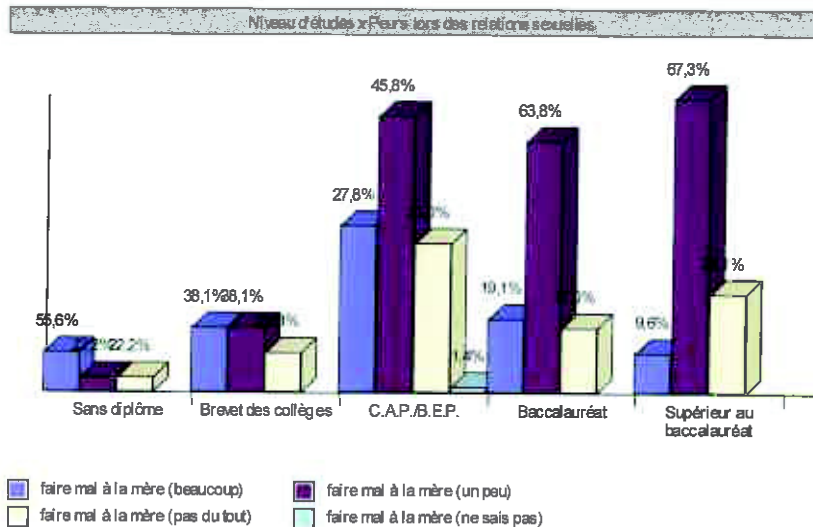
N (baccalauréat)= 48 ; N (supérieur au baccalauréat)= 53

N (total)=203

Dépendance significative :

- Test exact de Fischer: $p = 2.25 \times 10^{-11}$

Analyse croisée : Niveau d'études x peur de faire mal à la mère

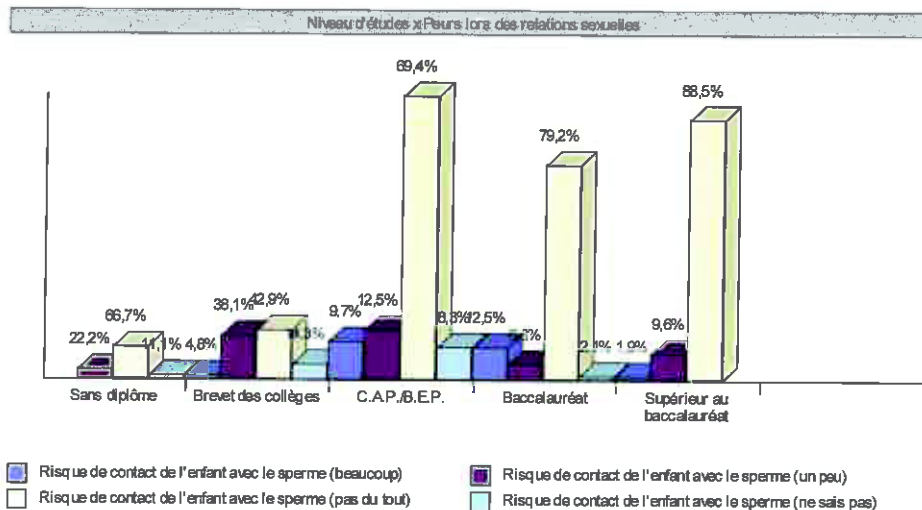


N (sans diplôme)= 9 ; N (brevet des collèges)= 21 ; N (CAP/BEP)= 72
 N (baccalauréat)= 48 ; N (supérieur au baccalauréat)= 53
 N (total)=203

Dépendance significative :

- Test exact de Fischer : $p=3.11 \times 10^{-3}$

Analyse croisée: Niveau d'études x Peur du risque de contact de l'enfant avec le sperme



N (sans diplôme)= 9 ; N (brevet des collèges)= 21 ; N (CAP/BEP)= 72
 N (baccalauréat)= 48 ; N (supérieur au baccalauréat)= 53
 N (total)=203

Dépendance significative :

- Test exact de Fischer : $p= 7.39 \times 10^{-3}$

Analyse croisée: Niveau d'études x peur de provoquer des contractions

Dépendance non significative :

-Test exact de Fischer: $p = 0.740$

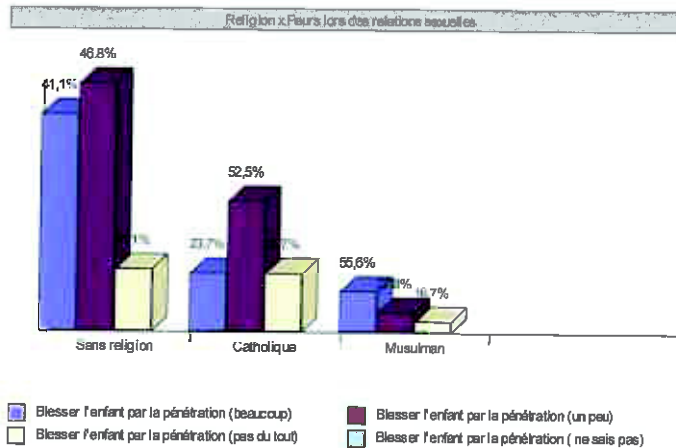
Analyse croisée: Niveau d'études x peurs de provoquer une fausse-couche ou un accouchement prématuré

Dépendance non significative :

-Test exact de Fischer : $p = 0.571$

Peurs en fonction de la religion

Analyse croisé : Religion x peur de blesser l'enfant par la pénétration



N(catholique)= 59

N(musulman)=18

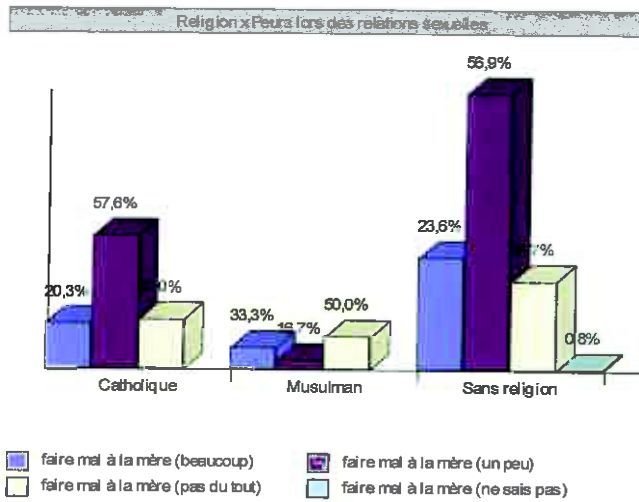
N(sans religion)=124

N (total)= 201

Dépendance significative :

-Test exact de Fischer: $p=0.0298$

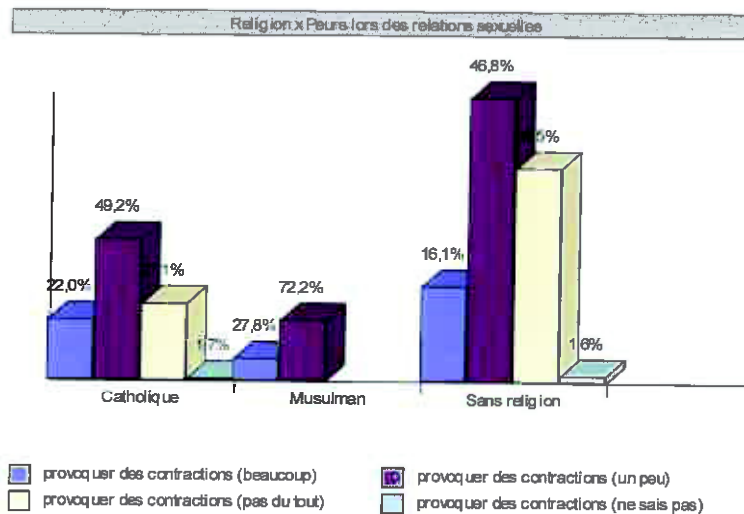
Analyse croisée: Religion x peur de faire mal à la mère



Dépendance significative :

-Test exact de Fischer: $p=0.0169$

Analyse croisée: Religion x peur de provoquer des contractions



N(catholique)= 59

N(musulman)=18

N(sans religion)=124

N (total)= 201

Dépendance significative :

- Test exact de Fischer: $p = 0.0264$

Tableau croisé : Religion x peur de provoquer une fausse-couche ou un accouchement prématuré

Peurs lors des relations sexuelles	provoquer une FCS ou un AP (beaucoup)	provoquer une FCS ou un AP (un peu)	provoquer une FCS ou un AP (pas du tout)	provoquer une FCS ou un AP (ne sais pas)	TOTAL
Religion					
Catholique	12	10	36	1	59
Musulman	6	6	5	1	18
Sans religion	13	28	78	5	124
TOTAL	31	44	119	7	201

Dépendance significative :

-Test exact de Fischer: $p = 0.0286$

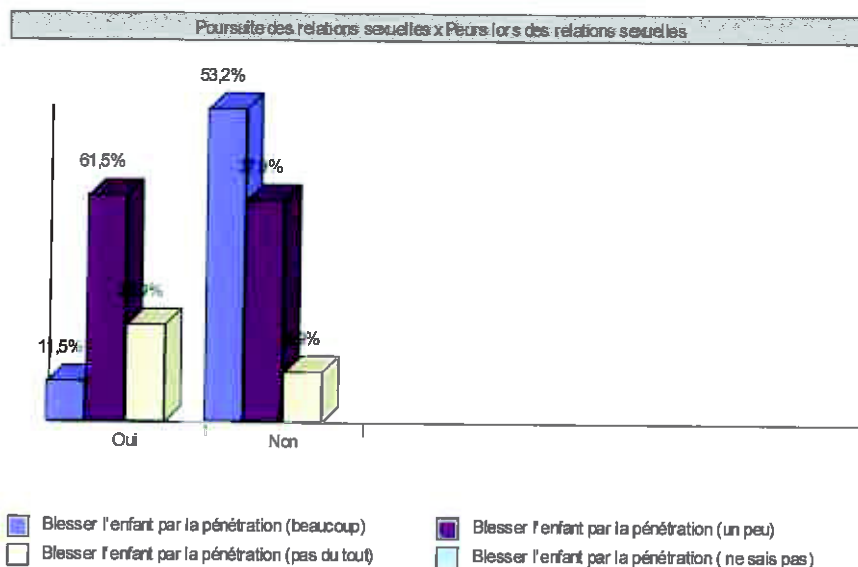
Analyse croisée : Religion x peur du contact de l'enfant avec le sperme

Dépendance non significative :

- Test exact de Fischer : $p = 0.348$

Poursuite des relations sexuelles pendant la grossesse en fonction des peurs

Analyse croisée : Poursuite des relations sexuelles pendant la grossesse x peur de blesser l'enfant par la pénétration



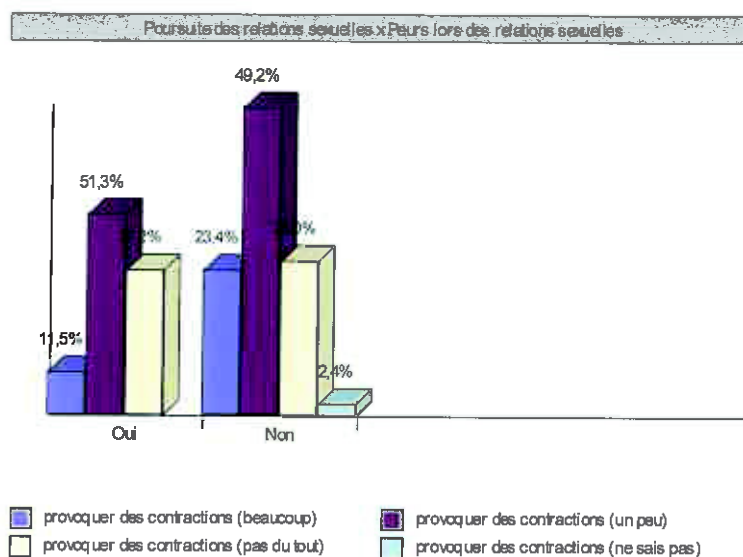
N(oui)= 78

N (non)=124

Dépendance très significative :

- Test exact de Fischer : $p = 1.034 \times 10^{-9}$

Analyse croisée : Poursuite des relations sexuelles pendant la grossesse x peur de provoquer des contractions

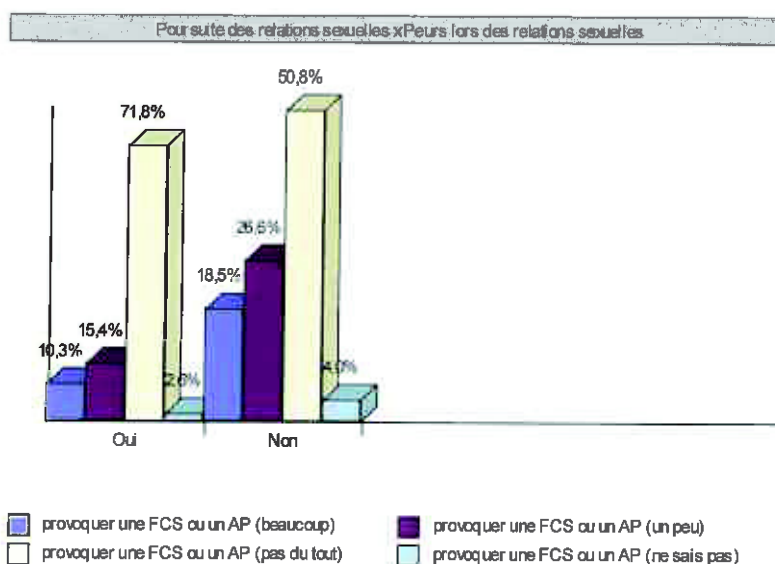


N (oui)= 78 ; N (non)=124

Dépendance significative :

- Test exact de Fischer: $p=0.0443$

Analyse croisée : Poursuite des relations sexuelles pendant la grossesse x peur de provoquer une fausse-couche ou un accouchement prématuré



N(oui)= 78

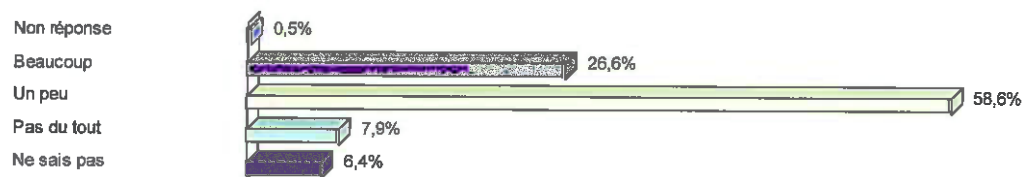
N(non)=124

Dépendance significative :

- Test exact de Fischer : $p=0.0316$

Modification de la sexualité à cause des peurs :

Modification de la sexualité à cause des peurs



N=203

4. L'information des pères au sujet de la sexualité pendant la grossesse

- Importance d'aborder la sexualité pendant la grossesse

Thème sexualité important	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	0,5%
oui	185	91,1%
non	17	8,4%
TOTAL OBS.	203	100%

- Niveau de connaissance sur la sexualité pendant la grossesse

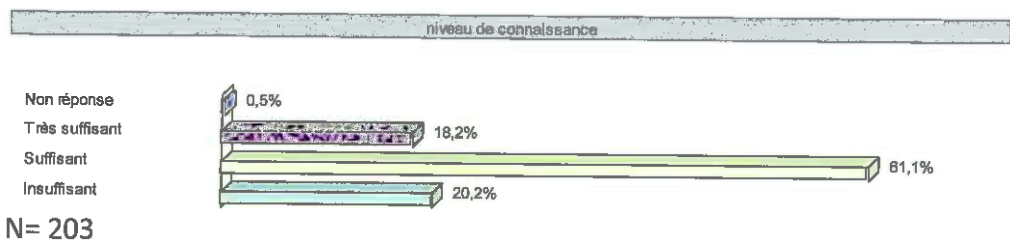


Tableau croisé : Niveau de connaissance x poursuite des relations sexuelles

niveau de connaissance	Poursuite des relations sexuelles		TOTAL
	Ouï	Non	
Très suffisant	18	19	37
Suffisant	48	76	124
insuffisant	12	29	41
TOTAL	78	124	202

Dépendance non significative :

- Test du Chi 2 : $\chi^2 = 3,08$; ddl = 2 ; $1-p = 78,59\%$; $p = 0,2141$

- Besoin d'information sur la sexualité pendant la grossesse

Besoin d'information	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	0,5%
oui	55	27,1%
non	147	72,4%
TOTAL OBS.	203	100%

Tableau croisé : Besoin d'information x poursuite des relations sexuelles

Besoin d'information	Poursuite des relations sexuelles		TOTAL
	Ouï	Non	
oui	19	36	55
non	59	88	147
TOTAL	78	124	202

Dépendance non significative :

- Test du Chi 2 : $\chi^2 = 0,53$; ddl = 1 ; $1-p = 53,24\%$; $p = 0,4676$

Tableau croisé : Besoin d'information x niveau d'études

Besoin d'information	oui	non	TOTAL
Niveau d'étude			
Sans diplôme/brevet des collèges	5	25	30
C.A.P./B.E.P.	19	53	72
Baccalauréat	13	35	48
Supérieur au baccalauréat	18	34	52
TOTAL	55	147	202

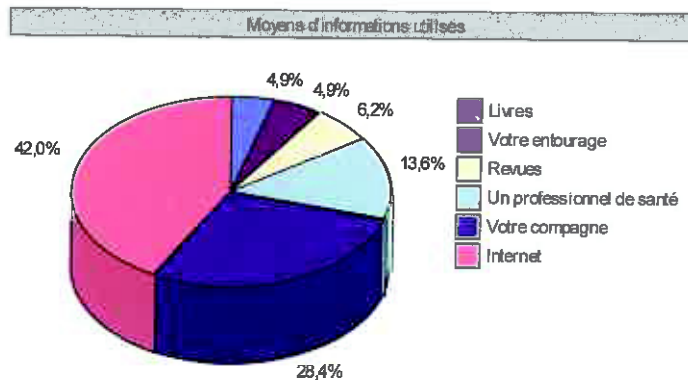
Dépendance non significative :

- Test du Chi2 : $\chi^2=3.15$; ddl=3 ; 1-p=63.05% ; p=0,3695

- Recherche d'informations sur la sexualité pendant la grossesse

Action	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	7	3,4%
oui	46	22,7%
non	150	73,9%
TOTAL OBS.	203	100%

- Moyen(s) d'information(s) utilisé(s)



N=46

- La sexualité pendant la grossesse abordée avec un professionnel

Information auprès du professionnel	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	1,0%
oui	12	5,9%
non	189	93,1%
TOTAL OBS.	203	100%

Tableau croisé : Poursuite de relations sexuelles x information auprès du professionnel

Poursuite des relations sexuelles	Oui	Non	TOTAL
Information auprès du professionnel			
oui	5	7	12
non	72	117	189
TOTAL	77	124	201

Dépendance non significative :

- Test du Chi 2 : $\chi^2 = 0,06$; ddl = 1 ; $1-p = 19,49\%$; $p = 0,8151$

- Le professionnel qui a abordé la sexualité pendant la grossesse

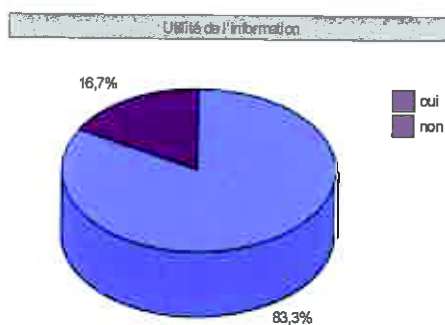
A chaque fois que la sexualité a été abordée avec un professionnel il s'agissait toujours de la personne qui suivait la grossesse (N=12).

- Initiative de la demande d'information avec le professionnel de santé



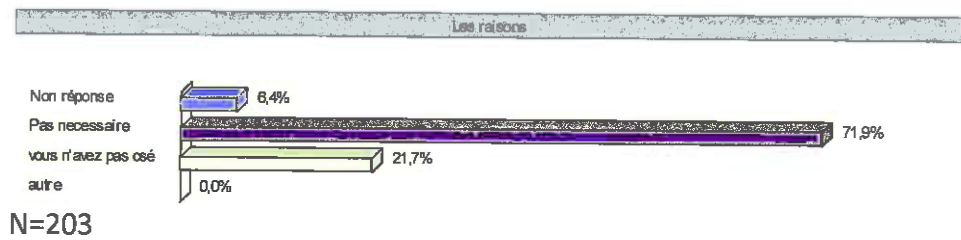
N=12

- Utilité de l'information



N=12

- Raisons de ne pas avoir abordé la sexualité pendant la grossesse avec un professionnel



- Regrets de ne pas avoir abordé la sexualité pendant la grossesse avec un professionnel

Manque	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	15	7,4%
oui	75	36,9%
non	113	55,7%
TOTAL OBS.	203	100%

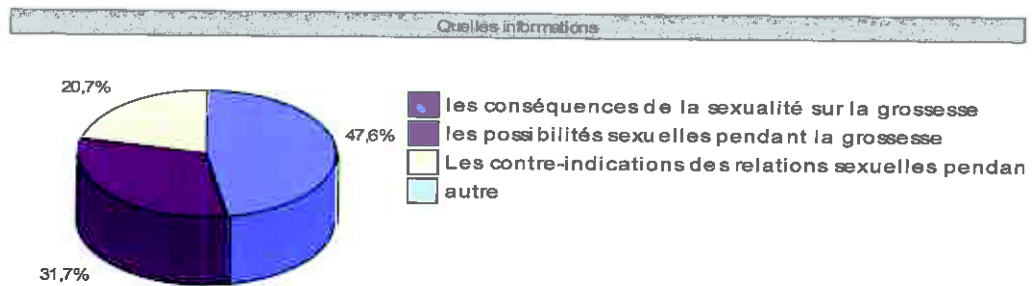
- Discussion avec la compagne de la sexualité pendant la grossesse

Information sexualité avec la compagne	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	1,0%
oui	184	90,6%
non	17	8,4%
TOTAL OBS.	203	100%

- Transmission d'informations

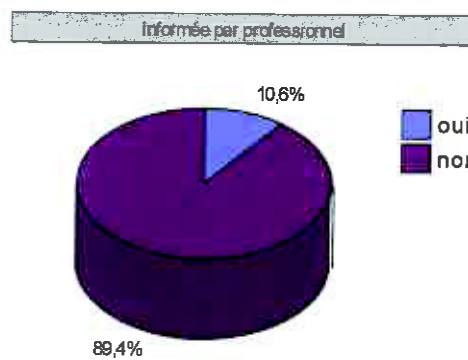
compagne: une source d'information	Nb. cit.	Fréq.
oui	144	77,4%
non	42	22,6%
TOTAL CIT.	186	100%

- Thèmes des informations transmises



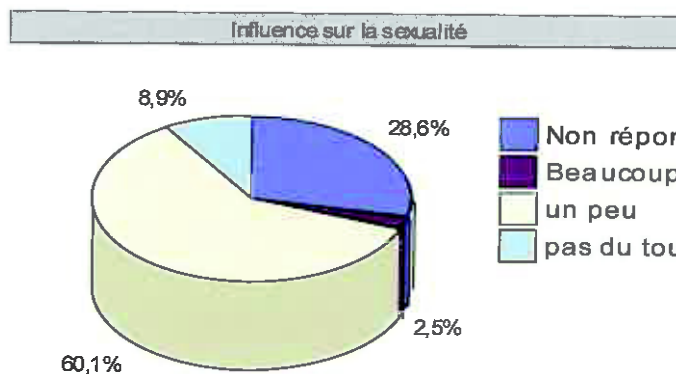
N=144

- Compagne informée par un professionnel de santé



N=144

- Influence des informations transmises par la compagne sur la sexualité



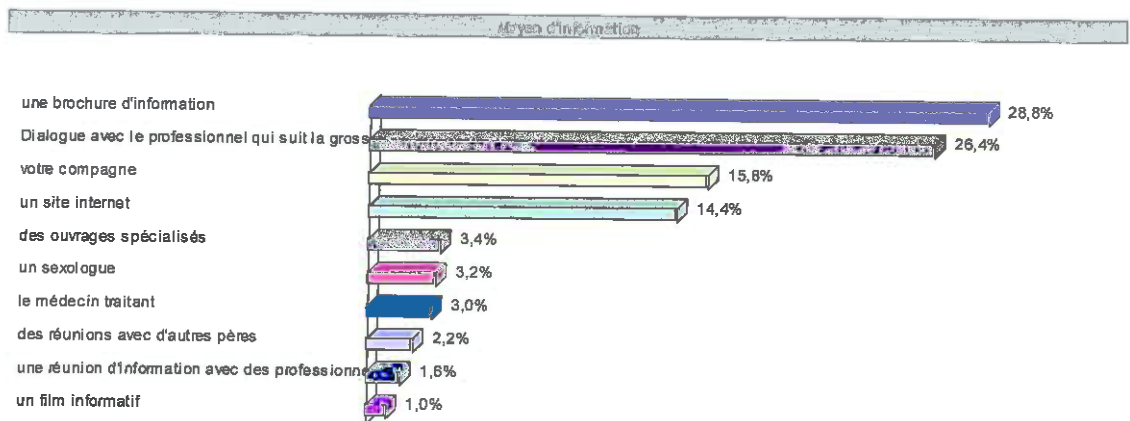
N=144

5. Avis des pères sur la nécessité de parler de sexualité pendant la grossesse

- Faut-il aborder le sujet de la sexualité pendant la grossesse ?

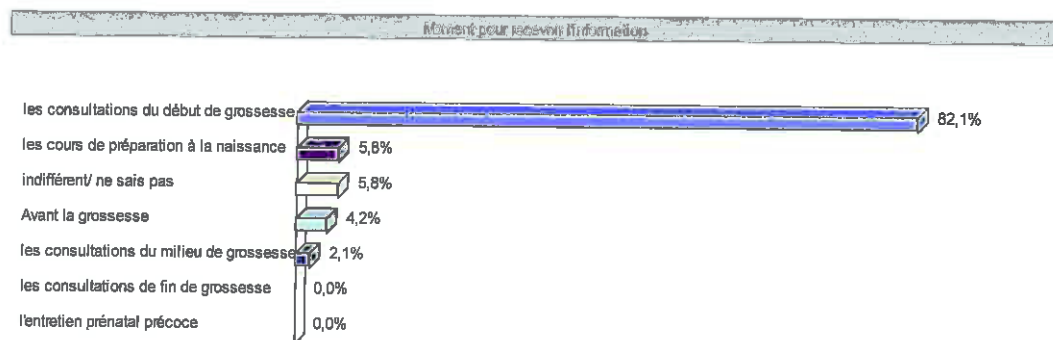
Aborder la sexualité	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	0,5%
oui	186	91,6%
non	16	7,9%
TOTAL OBS.	203	100%

- Le moyen souhaité pour recevoir l'information



N=191

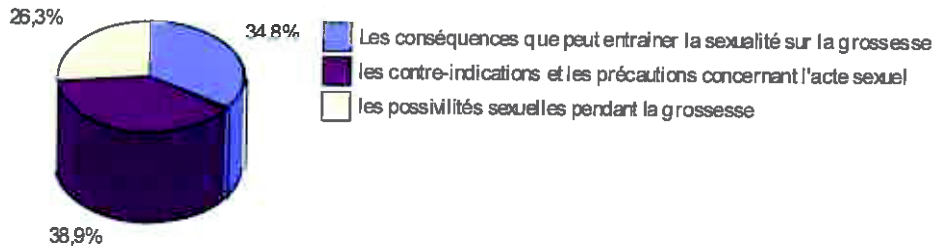
- Le moment souhaité pour recevoir l'information



N=190

- Les thèmes souhaités

thèmes de l'information



N=188

- Gêne pour remplir ce questionnaire

Seulement 12 pères se sont sentis « un peu gêné » en remplissant ce questionnaire contre 191 « pas du tout gêné ».

(N=203)

- Commentaires libres

Trois pères ont souhaité s'exprimer au sujet de cette étude. L'un nous a indiqué : « Très bon questionnaire, très bon sujet de mémoire », un autre : « c'est très important de parler de sexualité pendant la grossesse » et le dernier « Thème très important pour le couple ».

(N=3)

III. Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

Grâce à la méthodologie utilisée, le taux de réponses de cette étude (90%) et le nombre de questionnaires exploitables (N=203) sont élevés et ce malgré un thème inhabituel explorant une partie de la vie intime. Néanmoins, la population étant très ciblée, elle est peut être moins représentative de la population générale en dépit de nos efforts pour toucher tout type de personnes (deux départements, 7 maternités, du privé et du public, de différents niveaux (I, II, III)).

18 questionnaires n'étaient pas exploitables car très partiellement remplis ou le critère d'inclusion (primipaternité) n'était pas respecté. Notons que le questionnaire comporte 51 questions et que le temps de réponse est estimé assez long (aux alentours de 10 minutes).

La présence de la compagne en suites de couche lors de la distribution du questionnaire a pu influencer sur les réponses de son compagnon malgré l'ajout d'une enveloppe à clore.

Enfin, lors de la récupération des questionnaires certains pères ont trouvé la question 23 particulièrement longue et difficile à comprendre, ce qui explique les quelques non réponses à cette question.

N'oublions pas de nous interroger sur la validité des réponses apportées sur un sujet de ce type puisque les répondants sont susceptibles de mentir que ce soit volontairement ou non.

2. Analyse et propositions

2.1 Caractéristiques de la population

L'âge moyen du premier enfant en France est de 31,5 ans pour les hommes [55]. Dans notre échantillon, il est moins élevé (29,7 ans ; N=203) sachant que la classe la plus haute est celle des [26-30[ans (32,0% ; N=203) suivie de près par celle des [30-34[ans (27,1% ; N=203). Cet âge tend à augmenter car dans les années 1970, il était pour les hommes de 26,5 ans en moyenne [55]. Dans notre échantillon, 72,4% (N=203) des hommes sont pères pour la première fois après 26 ans.

La naissance du premier enfant n'est plus systématiquement incluse dans une institution comme c'était majoritairement le cas dans les années 1970 (7% de naissances hors mariage [56]). En effet, selon le bilan démographique de 2009 publié par l'INSEE, dans 70% des cas, la naissance d'un premier enfant est issue d'un couple non marié [56] ce qui correspond à notre échantillon (71,4%, N= 203). Ce pourcentage baisse après la naissance d'un deuxième (44%) puis d'un troisième enfant (28%) [56].

Une part plus élevée de notre population ne travaille pas (18,2%, N=203) par rapport à la moyenne nationale du chômage en 2015 (10,3%) [57]. Concernant l'activité professionnelle des pères au moment de la naissance de leur enfant selon l'enquête périnatale de 2010, 88,1% des conjoints exerçaient un emploi [58] contre 81.8% (N=203) dans notre échantillon. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses à cette différence :

- Tout d'abord nous avons utilisé l'intitulé « sans emploi ». Ainsi, les pères qui ne travaillent pas par choix intègrent cette catégorie sans être inscrits au chômage.

- Il en est de même pour les étudiants à qui nous n'avons pas consacré d'item. Rappelons que la proportion de [18-26[ans représente 27,6% (N=203) de notre échantillon.

- Enfin, il s'agit de données nationales non spécifiques à la région Normande. La répartition des différents secteurs d'activités professionnelles est variée dans notre

échantillon comme c'est le cas dans la population française [59]. De plus nous retrouvons peu de répondants travaillant dans le domaine médical ou paramédical (3,4%, N=203) qui auraient pu biaiser notre étude.

La religion a longtemps dicté les devoirs et les interdits concernant la sexualité. Dans notre échantillon, il semble qu'elle soit moins présente et pratiquée : 2 /3 des pères se disent « sans religion » (N=203) ; et parmi ceux qui déclarent en avoir une, elle est dans la majorité des cas jamais ou irrégulièrement pratiquée. Dans la population générale la répartition est différente selon un sondage IFOP de 2006: 59,7% se disent catholiques, 31,5% sans religion, 6,3% musulmans, 1,7% protestants et 0,8% juifs [60]. Il n'est pas précisé dans ce sondage si la religion est pratiquée.

3 questionnaires ne respectent pas le critère d'inclusion accouchement à terme (N=203). Nous avons tout de même décidé de les inclure dans notre analyse car la naissance a eu lieu au cours du 8^{ème} mois sans signes d'alerte ou de recommandations médicales concernant l'arrêt des relations sexuelles. Les autres critères d'inclusions sont présents et notamment le critère principal de la primiparité (100%, N=203). Les critères d'exclusions sont appliqués à l'exception d'un questionnaire où la compagne du répondant a présenté un diabète gestationnel insuliné durant sa grossesse sans hospitalisation(N=203). Nous avons donc décidé de conserver celui-ci dans nos résultats car ce type de pathologie n'influe pas « physiquement » sur le comportement sexuel.

2.2 L'impact de la grossesse sur la sexualité des hommes est mal vécu

Cette enquête nous révèle qu'il y a bien un changement de la sexualité des hommes pendant la grossesse (96,6%, N=203) comme l'indiquait déjà l'étude de N. Doucet-Jeffray et S. Miton-Conrath [14] ou encore celle de Reichenbach, Alla et Lorson [5].

Tout d'abord, notons que seulement 38,4% (N=203) des pères interrogés ont poursuivi les relations sexuelles tout au long de la grossesse. En effet, plus la gestation avance, plus les pères sont nombreux à arrêter leurs ébats sexuels (61,1% ; N=203). Ils sont 8,7% au 1^{er} trimestre, 38,1% au 2^{ème} et 52,4% au 3^{ème} trimestre (N=124). Cette

évolution est semblable à celle observée dans l'étude de Doucet-Jeffray et Miton-Conrath [14] car 11% des hommes de leur effectif ont interrompu les rapports sexuels au cours du 1^{er} trimestre, 24% au 2^{ème} et 65% au troisième trimestre.

Parmi les couples qui poursuivent les relations sexuelles, leur fréquence est en baisse au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse (39,4% au 1^{er} trimestre, 84,7% au 2^{ème} trimestre et 90,1% au 3^{ème} trimestre ; N=203). Nos résultats sont en corrélation avec l'étude de Pasini [17] dont un quart des pères de l'effectif a diminué ses rapports sexuels au premier trimestre et 70,1% au troisième trimestre. Celle de Doucet-Jeffray et Miton-Conrath [14] obtient 79,8% de sa population ayant ressenti un freinage quantitatif de son activité sexuelle au troisième trimestre. Reichenbach, Alla et Lorson [5] dans leur étude révèlent que la proportion de pères ayant plus de cinq rapports par mois passe de 70% au premier trimestre, 52% au deuxième et 22% au troisième trimestre. Seule l'étude de Masters et Johnson diffère puisqu'elle décrit une fréquence augmentée de la sexualité au 2^{ème} trimestre de grossesse.

Comme dans l'étude de Pasini [17] et celle de Doucet-Jeffray et Miton-Conrath [14], le désir reste très présent au cours de la grossesse même s'il diminue à la fin. En effet, le désir qualifié de « souvent présent » avant la grossesse (64,0% ; N=203) reste inchangé au cours des deux premiers trimestres de la grossesse (79,8% au 1^{er} trimestre, 74,9% au 2^{ème} trimestre ; N=203) avant de s'effondrer pour 49,8% des pères au cours du troisième trimestre (N=203). Cette baisse est moins importante dans l'étude de Reichenbach, Alla et Lorson [5] ; le désir est inchangé pour 68% des hommes lors des deux premiers trimestres puis diminué pour 27% d'entre eux au troisième. En ce qui concerne les femmes, J. Lorson dans son mémoire [31] explique que la baisse du désir chez les femmes est plus précoce et plus importante que celle des hommes. Et pourtant, ce n'est pas la femme qui est systématiquement responsable de l'arrêt des relations sexuelles comme nous pourrions le penser car dans 46% des cas il s'agit de l'homme et dans 52,4% des cas un commun accord du couple en est à l'origine (N=124).

Le plaisir reste quant à lui inchangé tout au long de la grossesse pour la majorité des pères (N=203). Néanmoins, la proportion de ceux qui déclarent le désir inchangé diminue au troisième trimestre (81,8% au 2^{ème} trimestre et 65,5% au 3^{ème}

trimestre ; N=203) tout comme dans l'enquête de Reichenbach, Alla et Lorson [5] (68% pour les deux premiers trimestres et 48% au troisième trimestre).

Les pratiques sexuelles quant à elles restent stables au cours des deux premiers trimestres de la grossesse (73,4% au 1^{er} trimestre et 52,7% au 2^{ème} trimestre ; N=203) avant de diminuer dans plus d'un tiers des cas en fin de grossesse (34% ; N=203). Contrairement à nos résultats, ceux de pasini [17] et de Doucet-Jeffray et Miton-Conrath [14] montrent une augmentation de l'activité sexuelle substitutive chez 46% des couples.

Ces modifications de leur sexualité semblent déplaire aux hommes. Elles sont vécues négativement pour 49,3% d'entre eux dans notre échantillon (N=203). En effet, avant la grossesse 70,9% des hommes jugeait leur sexualité « très satisfaisante », 26,1% « assez satisfaisante » et 2% seulement « peu satisfaisante » (N=203). Pendant la grossesse, la sexualité est devenue « assez satisfaisante » dans 43,3% des cas, « peu satisfaisante » dans 39,9% des cas allant même jusqu'à être « non satisfaisante » dans 13,3% des cas (N=203). Comparativement, l'étude de Doucet-Jeffray et Miton-Conrath [14] retrouve une sexualité pendant la grossesse « satisfaisante » dans 49,5% des cas, « assez satisfaisante » dans 15,9% des cas et « insatisfaisante » dans 15,9% des cas. Il semblerait cependant que les hommes en couple depuis longtemps avec leur compagne gèrent mieux l'impact de la grossesse sur leur sexualité. En effet, il existe une différence significative entre la durée du couple et la qualité de la sexualité pendant la grossesse ($p= 3,49 \times 10^{-5}$). De plus, le facteur principalement modifié est la fréquence des relations sexuelles ; hors pour les hommes ayant une longue relation avec leur compagne la fréquence des relations sexuelles avant la grossesse était réduite en comparaison à un couple plus récent.

Il est indéniable que la sexualité des hommes pendant la grossesse est soumise à des changements qui touchent majoritairement, la fréquence et le désir des relations sexuelles. Ils sont vécus négativement par la plupart des pères.

2.3 Retentissement de certaines peurs inhérentes à la grossesse sur la sexualité

Les craintes principales concernant la sexualité pendant la grossesse sont « la peur de blesser l'enfant lors de la pénétration » (beaucoup : 37,1%, un peu 47,0% ; N=202) ; « la peur de faire mal à la mère » (beaucoup : 23,4%, un peu : 53,7% ; N=202) et « la peur de provoquer des contractions utérines » (beaucoup : 18,8%, un peu : 50% ; N=202). Le « fantasme du pénis dangereux » dans l'acte sexuel est très présente dans l'étude de Pasini (55%) [17], celle de Reichenbach, Alla et Lorson (60%) [5] et dans celle de Masters et Johnson (39%) [16]. La peur de blesser par la pénétration ($p=2,25 \times 10^{-11}$) et celle du contact de l'enfant avec le sperme ($7,39 \times 10^{-3}$) sont significativement plus présentes dans le psyché des pères ayant peu fait d'études alors que la peur de faire mal à la mère est statistiquement plus retrouvée dans l'esprit des pères avec un niveau d'étude plus élevé ($p=3,11 \times 10^{-3}$). Ces peurs sont à l'origine de modifications de la sexualité (« beaucoup » dans 26,6% des cas et « un peu » dans 58,6% des cas (N=203)).

En effet, les causes responsables de l'arrêt ou de la diminution des rapports sexuels sont dans 44,1% des cas « le risque du fait de la pénétration » (N=179), dans 38,9 % des cas « l'inconfort des positions/baisse du plaisir » (N=179).

39,6% des hommes ont modifié leurs pratiques par peur de nuire au bébé (N=191), 28,2% par peur de faire mal à la mère (N=191), 16,6% par peur de provoquer des contractions (N=191) et 13% par peur d'une fausse-couche ou d'un accouchement prématuré (N=191).

En ce qui concerne la catégorie de ceux ayant arrêté les relations sexuelles au cours de la grossesse, 53,2% d'entre eux déclarent avoir peur de blesser l'enfant (beaucoup), 49,2% ont peur de provoquer des contractions (un peu). D'ailleurs, il existe une différence significative entre la poursuite des relations sexuelles et la peur de la pénétration ($p=1,034 \times 10^{-9}$), la peur de provoquer des contractions utérines ($p=0,0443$) et la peur d'entraîner une fausse couche ou un accouchement prématuré ($p=0,0316$). Ces trois peurs sont mises en cause concernant l'arrêt des relations sexuelles.

On peut également remarquer le déclin de l'influence de la religion et des médecins sur la sexualité. En effet, il n'existe pas de différence significative entre la poursuite des relations sexuelles pendant la grossesse et la religion ($p=0,3190$). Les rapports sexuels ne sont plus systématiquement associés à la procréation comme ce fût le cas auparavant [11]. Les recommandations des médecins ont aussi changé puisque 5 professionnels de santé seulement ont demandé aux couples de modifier leur sexualité (N=203) alors que jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, il était contre-indiqué d'avoir des rapports pendant la grossesse [15]. Dans notre étude, il s'agit de l'influence des craintes infondées qui est à l'origine de la modification des pratiques sexuelles pendant la grossesse. Ceci semble sous-entendre un défaut d'information.

2.4 Manque d'information des hommes sur la sexualité pendant la grossesse

61,1 % des pères ont arrêté les relations sexuelles au cours de la grossesse (N=203) dont 46,0% d'entre eux (N=124) à leur initiative alors qu'une seule grossesse a présenté des complications (N=203) et qu'il s'agissait d'un diabète gestationnel. Aucun père n'a arrêté les rapports sexuels sur recommandation médicale (N=179). En effet, la cause principale de l'arrêt ou de la diminution des relations sexuelles est le risque du fait de la pénétration (44,1% ; N=179). Il y a un arrêt ou une diminution fréquente des relations sexuelles alors que le désir est inchangé jusqu'à la fin du deuxième trimestre, que le plaisir reste inchangé ainsi que la douleur qui n'est pas augmentée comme nous l'avons décrit précédemment. Par ailleurs nombreux sont ceux à avoir modifié leurs pratiques par peur de nuire au bébé (39,6% ; N=191), par peur de faire mal à la mère (28,2% ; N=191), ou encore par peur de provoquer des contractions utérines (16,6% ; N=191). De plus, les peurs sont majorées chez ceux ayant arrêté les relations sexuelles. On retrouve la peur lors de la pénétration ($p=1,034 \times 10^{-9}$), la peur de provoquer des contractions utérines ($p=0,0443$) et celle d'entraîner une fausse-couche ou un accouchement prématuré ($p=0,0316$). Elles influent fortement sur la sexualité pendant la grossesse à cause d'un manque de connaissances.

Notre étude traduit une méconnaissance des positions sexuelles, de la physiologie de l'impact de la sexualité sur la grossesse, ou encore de l'anatomie. Pourtant peu de pères ont recherché des informations (22,7%) et ceux l'ayant fait ont

utilisé des moyens peu fiables: internet (42,0%), la compagne (28,4%). 95,1% des personnes interrogées (N=203) n'ont pas abordé ce sujet avec un professionnel de santé alors que 91,1% des pères (N=203) jugent important d'aborder la sexualité pendant la grossesse. Cependant, 21,7% d'entre eux (N=203) n'ont pas osé aborder le sujet avec un spécialiste de la grossesse. Malgré cela 61,1% (N=203) des pères pensent avoir un niveau suffisant, ceci paraît quelque peu étonnant au vu des autres résultats. Peut être n'ont-ils pas conscience qu'ils méconnaissent la sexualité pendant la grossesse. Ainsi ils ne cherchent pas à s'informer. Les pères ne reçoivent pas et ne recherchent pas d'information sur la sexualité pendant la grossesse. Notons tout de même qu'une part importante des répondants (36,9% ; N=203) ont regretté de ne pas avoir abordé le sujet avec un professionnel de santé. Les couples semblent donc faire face seuls à l'évolution de leur sexualité pendant cette période. Ce qui explique l'omniprésence des craintes à l'origine de nombreuses modifications.

→ **Notre première hypothèse est donc validée : par défaut d'information, la sexualité des hommes pendant la grossesse est guidée par les mythes ancrés dans notre société.**

2.5 La compagne: principale référence des hommes sur la sexualité pendant la grossesse

90,6 % des hommes interrogés (N=203) ont abordé le sujet de la sexualité avec leur compagne qui leur a transmis des informations sur ce sujet dans 77,4% des cas (N=144). Les informations transmises concernent le plus souvent les conséquences de la sexualité sur la grossesse (47,6% ; N=144) ou encore les possibilités sexuelles (31,7% ; N=144). Pourtant, les conjointes n'avaient jamais abordé le sujet de la sexualité avec un professionnel de santé (89,4% ; N=144). Ces informations ont « un peu » influencé la sexualité de 2/3 des couples ayant échangé des informations (N=144). Nous pouvons néanmoins nous interroger sur la fiabilité des renseignements échangés.

Notre seconde hypothèse est validée : la femme enceinte est la principale source d'information de son conjoint sur la sexualité pendant la grossesse.

2.6 L'information souhaitée par les pères

2.6.1 Une information, pourquoi ?

D'après les résultats de notre enquête, les changements qu'engendre la grossesse sur la sexualité sont parfois sources d'insatisfactions et d'incompréhensions (49,3% des pères N=203). De nombreuses craintes irrationnelles liées à un manque d'information semblent en être à l'origine. La plus fréquente d'entre-elles est la peur de blesser le fœtus lors de la pénétration (84,1% (N=202)). Nous retrouvons au deuxième rang, la peur de faire mal à la mère (77,1%, N=202) puis celle d'entraîner des contractions utérines (68,8%, N=202). Ces raisons sont également évoquées dans l'étude de Doucet-Jeffray N. et Miton-Conrath S. [14] et celle menée auprès des femmes de J. Lorson [31]. Ces résultats traduisent une méconnaissance de l'anatomie ou encore de la physiologie de la grossesse. Pourtant, les pères semblent sous-estimer cette ignorance dans leurs réponses au questionnaire. En effet, 79,3% d'entre eux (N=203) déclarent avoir un niveau de connaissance très suffisant ou suffisant à ce

sujet. Leur intérêt sur le thème de la sexualité pendant la grossesse est révélateur d'un souhait d'information. 91,6% d'entre eux (N=203) pensent qu'il faut aborder le sujet. Seulement 22,7% (N=203) des pères ont cherché à s'informer parmi lesquels 13,6% (N=46) auprès d'un professionnel de santé. Néanmoins, 36,9% des pères de notre étude (N=203) ont regretté de ne pas avoir évoqué le sujet avec un professionnel de santé. Notons également que leurs compagnes se renseignent peu à ce sujet auprès d'un référent médical (10,6%; N=144) alors qu'elles désirent également recevoir une information sur leur sexualité pendant la grossesse (plus de la moitié d'entre elles selon l'étude de C. Frey [7] et celle de J. Lorson [31]). Il existe visiblement un manque d'information des pères à ce sujet alors que la grossesse a des impacts sur leur sexualité. Les professionnels qui suivent les grossesses ont peut être un rôle de prévention à jouer pour pallier cette carence.

2.6.2 Une information, pour qui ?

La grande majorité des pères manquent de connaissances sur la sexualité pendant la grossesse comme nous l'avons démontré précédemment. Nombreux sont ceux à avoir arrêté ou diminué les relations sexuelles par craintes comme celle de blesser le bébé (44,1%, N=179).

Cette étude ne montre pas de profil spécifique des pères concernés par un besoin d'information. En effet, concernant l'arrêt des relations sexuelles, il n'existe pas de différence significative en fonction de l'âge ($p=0,25$), du niveau d'étude ($p=0,10$), de la religion ($p=0,32$) ou encore de la situation du couple ($p=0,26$). Les peurs en revanche sont significativement plus présentes chez les pères ayant arrêté les rapports sexuels ($p<0,01$). Les raisons de l'arrêt ou de la diminution des rapports sont proportionnellement similaires d'une classe à l'autre quelque soit l'âge ($p=0,26$), le niveau d'étude ($p=0,37$) ou la religion ($p=0,55$).

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les raisons de la modification des pratiques et l'âge ($p= 0,39$) ou encore le niveau d'étude ($p=0,47$). En revanche, il y a en a une pour la religion ($p=0,027$).

A propos des peurs, il existe une différence significative en fonction du niveau d'étude et de la religion. On retrouve dans les catégories avec un faible niveau scolaire (sans diplôme et brevet des collèges) une proportion plus importante de pères ayant peur de blesser le bébé par la pénétration ($p=2,25 \times 10^{-11}$) et du contact de l'enfant avec le sperme ($p=7,4 \times 10^{-3}$). Comparativement aux classes plus instruites (BAC et supérieur au BAC), il s'agit de la peur de faire mal à la mère ($p=3,1 \times 10^{-3}$) qui prédomine. L'âge n'influe pas sur les peurs (dépendance non significative, $p=0,24$).

Le seul paramètre où il existe une différence significative pour cibler les pères nécessitant plus d'information est la religion. Cette donnée est inutile pour dresser un profil puisque nous sommes dans un pays laïque. Ainsi, tous les couples sont susceptibles d'avoir besoin de conseils. Nous pensons donc que tous les futurs pères doivent être informés de façon systématique et pas seulement ceux à qui nous recommandons l'arrêt des rapports sexuels à risques pour la grossesse (MAP, RPM,...). D'ailleurs, selon 91,6% (N=203) d'entre eux, il faut aborder ce sujet. L'étude nous montre aussi que seulement 2% des pères considèrent la sexualité comme un sujet tabou et que 19,7% sont mal à l'aise quand ils en parlent (N=203). Notons que seulement 12 pères se sont sentis un peu gênés de répondre à ce questionnaire qui est plutôt « osé ». Ainsi, traiter de ce sujet aidera les uns sans gêner les autres.

2.6.3 Une information, quand ?

Les pères veulent être informés lors des consultations de début de grossesse (82,1% ; N=190). En effet, rares sont les couples à consulter en préconceptionnel donc il serait compliqué de transmettre une information à ce moment là. Les consultations de milieu et de fin de grossesse sont trop tardives pour que l'information soit utile. Les premiers impacts commencent dès le premier trimestre pour certains. Néanmoins, elles peuvent être l'occasion de revenir sur le sujet sachant que chaque trimestre pose des problématiques différentes. Les avantages de la consultation sont l'intimité du lieu et l'interlocuteur déjà connu la plupart du temps. Les inconvénients sont la durée limitée de la consultation et l'abord médicale du suivi de grossesse. Les cours de préparation à la naissance n'ont pas été beaucoup plébiscités (5,8% ; N=190). Le début tardif, l'absence de nombreux pères ou encore la présence d'un groupe en sont probablement les freins pour aborder ce type de sujet. Ainsi, donner l'information en

début de grossesse semble être le moment idéal mais le sujet peu être abordé tout au long des 9 mois soit par le couple qui rencontre des difficultés soit par le praticien pour prévenir ces dernières. En cas de pathologie nécessitant un arrêt des rapports sexuels, l'information doit être délivrée immédiatement.

2.6.4 Une information, comment ?

Le moyen le plus plébiscité pour recevoir l'information est la brochure (28,8% ; N=191). Elle faciliterait l'accessibilité des différents savoirs à tous les pères de façon anonyme. De plus, les données seraient identiques pour tous et ce mode d'information permettrait à ceux qui le souhaitent d'ouvrir le dialogue avec un professionnel sur d'autres interrogations. Elle permettra d'anticiper les questions des couples et de leur servir de document de référence. Elle doit être attractive, conviviale et lisible afin que les couples puissent profiter de son contenu. Enfin, pour les pères n'assistant pas aux consultations prénatales, la brochure peut leur être transmise par leur compagne. Cependant, une brochure ne contient que des éléments généraux et n'est pas personnalisée. Nous en avons créé une en ANNEXE II.

La deuxième et la troisième façon de diffuser les données est le dialogue avec le professionnel qui suit la grossesse (26,4% ; N=191) et celui avec la compagne elle même renseignée par le spécialiste (15,8% ; N=191). Ces deux moyens paraissent adéquats car il existe une relation de confiance entre le professionnel et sa patiente et entre la compagne et son conjoint. Cependant, nous pensons que le médecin ou la sage-femme doit initier le sujet car dans notre étude très peu l'ont abordé spontanément lors du suivi médical. Concernant la compagne, elle aborde déjà spontanément le sujet avec son conjoint, ainsi, si nous l'informons elle, les futurs pères devraient recevoir une information valide.

Enfin, un site internet pourrait également faciliter l'accessibilité du couple à l'information, il est plébiscité dans 14,4% des cas. Les avantages de cet sont la discrétion, la possibilité de rechercher des données quelque soit le lieu ou la période. Néanmoins, le site doit préalablement être validé par le corps médical pour s'assurer de sa fiabilité.

2.6.5 Une information, sur quoi ?

Les pères souhaitent aborder 3 thèmes principaux.

L'un d'entre eux « les conséquences de la sexualité sur la grossesse » permettrait de les rassurer sur la physiologie des relations sexuelles à cette période et de lutter contre les idées reçues. Par exemple expliquer aux pères dont la grossesse de leur conjointe se déroule normalement que l'orgasme peut entraîner des contractions utérines mais qu'il n'est pas pourvoyeur d'accouchements prématurés ou de fausses-couches. On peut également expliciter certains points d'anatomie comme par exemple que le bébé flotte dans son liquide amniotique, est isolé dans sa poche et est protégé par la paroi abdominale. Enfin il semble important de rappeler que le fœtus n'est pas conscient des ébats de ses parents mais qu'il a la sensation d'être bercé.

Un autre thème « les contre-indications concernant l'acte sexuel » les rassurera sur la poursuite des rapports sexuels tout au long de la grossesse. En effet de nombreux pères croient à tort qu'il faut arrêter les relations à un moment de la grossesse. Hors si cette dernière est physiologique, il n'y a pas de contre-indication à avoir une activité sexuelle poursuivie jusqu'à l'accouchement. L'information doit donc être claire et explicite à ce sujet.

Enfin, le dernier thème « les possibilités sexuelles pendant la grossesse » a pour but de maintenir un épanouissement du couple malgré les changements que la gestation a pu entraîner sur la sexualité. Nous savons que la grossesse est source de bouleversement physique, psychique et hormonal et qu'elle peut influencer notamment sur le désir. Ainsi, il faut dans ce thème aborder les avantages que peut procurer la grossesse sur la sexualité ou encore les positions les plus adéquates par exemple. Rappeler qu'il existe des alternatives aux rapports sexuels avec pénétration qui peuvent être très satisfaisantes. La grossesse peut aussi être le moyen d'enrichir sa sexualité et de la vivre différemment si on accepte les changements.

Enfin, notre rôle n'est pas de dicter de conduite mais d'écouter, de rassurer d'informer et de répondre aux attentes spécifiques de chaque individu. Chaque couple vit sa sexualité différemment et il en est de même pendant la grossesse.

CONCLUSION

La sexualité masculine pendant la grossesse soulève un nombre important de questions. Nous le savons, la grossesse entraîne avec elle son lot de bouleversements et notamment concernant la sexualité qui n'est pas épargnée. L'expérience de la paternité ne laisse pas indifférente la vie sexuelle que ce soit au niveau des pratiques ou encore du vécu. De nombreuses peurs font surface dont la plus fréquente est celle de blesser le bébé.

C'est pourquoi, nous avons cherché au travers de cette étude à savoir comment les hommes s'informent sur la sexualité pendant la grossesse.

Nous avons pour cela mené une enquête descriptive à l'aide d'un questionnaire distribué aux pères dans les services des suites de couche.

Notre étude, par son taux élevé de réponses et par la qualité de remplissage au questionnaire pourtant très long, montre un intérêt manifeste des pères sur ce sujet intime. Tout d'abord, nos résultats mettent en avant l'impact de la grossesse sur la sexualité des pères. En effet, 96,6% des interrogés ont ressenti des modifications de leur sexualité dont la principale est la diminution de la fréquence des relations sexuelles (84,7% au 2^{ème} trimestre et 90,1% au 3^{ème} trimestre). Cette évolution de leur sexualité est d'ailleurs vécue négativement pour 49,3% d'entre eux. L'augmentation des craintes est très présente dans les réponses des pères. La plus retrouvée est la peur de blesser le bébé (84% des pères de notre échantillon). Notre étude montre que ce sont celles-ci qui dictent les pratiques pendant la grossesse.

Ce qui nous renvoie au rôle fondamental de l'information peu recherchée par les pères et peu abordée par les professionnels qui suivent la grossesse. Pourtant, il existe une vraie nécessité de rassurer les couples. On peut mettre en avant trois thèmes principaux : les conséquences de la sexualité sur la grossesse, les contre-indications de l'acte sexuel et les possibilités sexuelles. Ainsi, les soignants ont un rôle prépondérant de prévention. Qu'il s'agisse d'un entretien avec le couple ou d'une brochure d'information, c'est au professionnel d'initier le dialogue. Ainsi, il permet d'ouvrir un espace de parole aux couples sur ce thème intime. La paternité, même s'il

s'agit d'une étape importante de la vie ne doit pas se faire au détriment de la sexualité.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Poiseau C. Parents ou Amants ? Quelle sexualité pour les couples après l'accouchement ? [Mémoire de fin d'études de sage-femme]. Rouen. Faculté de médecine de Rouen ; 2002.
- (2) Bozon M. Sociologie de la sexualité. Paris : Armand Colin ; 2009.
- (3) Ganem M. Congrès mondial de Médecine Sexuelle ; 2005, Montréal.
- (4) Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*; 1999.
- (5) Reichenbach S, Alla F, Lorson J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse: une étude pilote portant sur 72 hommes. *Sexologies* ; 2001.
- (6) Profession sage-femme, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession. Boulogne-Billancourt : Berger-Levrault ; 2008.
- (7) Frey C. Grossesse et sexualité conjugale [Mémoire de fin d'études de sage-femme]. Nancy. Faculté de médecine Henri Poincaré de Nancy ; 2010.
- (8) Jarlier C. Parler de sexualité pendant la grossesse [Mémoire de fin d'études de sage-femme]. Clermont-Ferrand. Faculté de médecine de Clermont-Ferrand ; 2012.
- (9) Tardieu N. Grossesse et sexualité à travers l'histoire. *Connaissances et Savoirs* ; 2004.
- (10) Gourevitch D. Le mal d'être femme. Paris : Belles lettres ; 1984.
- (11) Heinenmann U. Des Eunuques pour le royaume des cieux. *L'église catholique et la sexualité*. Paris : Laffont ; 1990.
- (12) Ferraey C. Histoire de la sexualité dans le couple. Paris : Masson ; 2013.
- (13) Knibiehler Y. Grossesse et sexualité. Regards sur le passé. Avanne Aveney : Spinon ; 2003.
- (14) Doucet-Jeffray N, Milton-Conrath S, Le Mauff P, Senand R. Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse?. *Exercer* ; 2004.
- (15) Gelis J. L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne. Paris : Fayard ; 1984.
- (16) Masters W, Johnson V. Les réactions sexuelles. Paris : Laffont ; 1968.
- (17) Pasini W. Sexualité et gynécologie psychosomatique. Paris : Masson ; 1974.
- (18) Giami A. Misère, répression et libération sexuelle. Paris : Mouvements ; 2002.
- (19) Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano-Ascencio R. World Health Organization. Convened international technical consultation on sexual health. Genève; 2002.
- (20) Jalabert A. Devenir père et mère, et rester partenaires: impact de la naissance du premier enfant sur la sexualité du couple [Mémoire de fin d'études de sage-femme]. Nancy. Université Henry Poincaré, Nancy I ; 2012.
- (21) Morin Y. Larousse médical. Paris : Larousse ; 2006.
- (22) Nadjafizadir M. Sexualité durant la grossesse et le post-partum. *Vocation Sage-Femme*. 2010 ; 8987(4): 21-5.
- (23) Birouste J-P., Martineau J-P. - Psychologie et sexualité, colloque international de sexologie – Toulouse – 1975

- (24) Ministère de l'éducation nationale et ministère de la santé. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167. 22 juillet 2009. p 12184 ; texte n°1.
- (25) Ministère de l'éducation nationale et ministère de la santé. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. JORF n°294. 19 décembre 2001. p 20115 ; texte n° 21.
- (26) Code de la santé publique. Article L4151-1 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, texte n°127.
- (27) Kaplan H. Disorders of sexual desire. New York: Simon & Schuster; 1979.
- (28) Gondonneau J, Garnier G. La sexualité de la femme enceinte. Paris : Balland ;1973.
- (29) Papiernik E, Rozenbaum H, Belaisch-Allart J. Gynécologie. Paris : Flammarion ; 1990.
- (30) Waynberg J. Guide pratique de sexologie médicale. Paris : SIMEP ; 1994.
- (31) Lorson J. Sexualité et grossesse...Quand 1+1=3 [Mémoire de fin d'études de sage-femme]. Nancy. Faculté de médecine de Nancy ; 2001.
- (32) Descamps Ph, Marret M, Binelli C, Chaplot S, Gillard Ph. Modifications de l'organisme maternel au cours de la grossesse. Neurologie; 2003.
- (33) Dumont S. Sexualité pendant la grossesse, si on en parlait ? [Mémoire de fin d'études de sage-femme]. Toulouse. Faculté de médecine Paul Sabatier de Toulouse ; 2010.
- (34) Delassus JM. Le corps du désir. Psychanalyse de la grossesse. Paris : Dunad ; 2008.
- (35) Schreiber ML. Futurs parents et amants ou la sexualité pendant la grossesse [Mémoire de fin d'études de sage-femme]. Metz. Université de Metz ; 1990.
- (36) Ruol KL. L'amour en attendant [Mémoire de fin d'études de sage-femme]. Marseille. Faculté de médecine de Marseille ; 1999.
- (37) Sayle A-E and al. Obstet Gynecol.2001.
- (38) Read JS, Klebanoff MA. Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effect of vaginal microorganisms. The vaginal infections and prematurity study group. Am J Obstet Gynecol. 1993; 168(5): 514-9.
- (39) Cito G. Sexual activity, cardiotocographic findings and time of delivery in physiologic pregnancy. Minerva Gynecol. 1997; 49(12): 551-4
- (40) Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Paris : Elsevier Masson ; 2001.
- (41) Ruol KL. L'amour en attendant. Les dossiers de l'obstétrique.2000 ; 279(16) : 5-21.
- (42) Perkins RP. Sexual behavior and response in relation to complications of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1979; 134(5): 498-505.
- (43) Rayburn WF, Wilson EA. Coital activity and premature delivery. Am J Obstet Gynecol. 1980; 137(8): 972-4.
- (44) Georgakopoulos PA, Dodes D, Mechleris D. Sexuality in pregnancy and premature labour. Br J Obstet Gynecol. 1971; 38(6): 916-20.
- (45) Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. Archives of sexual behavior. 1991; 20(10): 35-45.
- (46) Ganem M. La sexualité du couple pendant la grossesse. Paris : Hachette Filipacchi ; 1992.

- (47) Loisel C. Importance de la réhabilitation de la sexualité dans le post-partum. Les dossiers de l'obstétrique. 1994 ; 214(3): 23-26.
- (48) Waynberg J, Jarrousse N. La sexualité. Paris : Hachette ; 1993.
- (49) Retel-Laurentin A. Aspect culturel de la sexualité en Afrique Noire. Le concours médical. 1975 ; 97(8): 32-40.
- (50) This B. Le père acte de naissance. Paris : Le Seuil ; 1980.
- (51) Van Gulick R. La vie sexuelle en Chine Ancienne. Paris : Gallimard ; 1977.
- (52) Saucier A. La sexualité pendant la grossesse ose-t-on communiquer. [Doctorat de psychologie]. Québec. Université du Québec à Trois-Rivières; 2011.
- (53) Gaboriau S. Modifications des pratiques sexuelles pendant la grossesse chez la femme [Mémoire de fin d'études de sage-femme]. Angers. Faculté de Médecine René Rauchy d'Angers ; 2014.
- (54) Duchêne-Paton A. Ce que veulent les femmes... Attentes des femmes enceintes au troisième trimestre envers leurs soignants quant à leurs vécu et représentations de la sexualité pendant la grossesse [Doctorat en médecine]. Angers. Faculté de médecine d'Angers ; 2013.
- (55) BVA institut d'études de marché et d'opinion. La vie des trentenaires. Les Inrockuptibles ; 2011.
- (56) Huart D. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique de 2009. Lille. Service études et diffusions ; 2009.
- (57) Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique de 2015. Service études et diffusions ; 2015.
- (58) Blondel B, Kermarrec M. INSERM. Enquête nationale périnatale de 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011.
- (59) Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique de 2006. Service études et diffusions ; 2006.
- (60) IFOP. Eléments d'analyse géographique de l'implantation des religions en France. La vie ; 2010.

ANNEXES :

Annexe I : Questionnaire de l'enquête

Mémoire de fin d'études

Messieurs

Dans le cadre du diplôme d'état de sage-femme, je réalise mon mémoire sur le thème de la sexualité pendant la grossesse.

Dans ce but, je sollicite votre participation par le biais de **ce questionnaire distribué aux pères dans les services de suites de couche**. Les questions abordées concernent l'évolution de la sexualité au cours de la grossesse et l'information que vous avez à ce sujet. Il est totalement anonyme et me sera rendu sous enveloppe cachetée afin d'être la seule à y avoir accès.

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

Clémentine Rayer
Etudiante sage-femme

Généralités :

1. Quel âge avez-vous ?

2. Quel est votre situation ?

- Marié
- Pacsé
- En couple
- Célibataire
- Autre, précisez

3. Quelle est votre religion?

- Catholique
- Protestant
- Juif
- Musulman
- Sans religion
- Autre, précisez ...
- Ne souhaite pas répondre

4. Vous la pratiquez ?

- Régulièrement
- Irrégulièrement
- Jamais
- Ne souhaite pas répondre

5. Quel est votre niveau d'études ?

- Sans diplôme
- Brevet des collèges
- C.A.P./ B.E.P.
- Baccalauréat
- Supérieur au Baccalauréat

6. Quelle est votre profession actuellement ?

- Sans emploi
- Ouvrier
- Artisan
- Employé
- Commerçant
- Profession agricole
- Cadre, profession libérale
- Profession médicale/ paramédicale
- Autre, précisez

7. Combien d'enfants avez-vous ?

8. La grossesse actuelle était-elle :

- Désirée
- Plus ou moins désirée
- Inopinée/ accidentelle
- Issue d'une aide médicale à la procréation
- Ne souhaite pas répondre

9. Cette grossesse a-t-elle présenté des complications ?

- Oui, Lesquelles ?
A quelle période de la grossesse ? 1^{er} trimestre
 2^{ème} trimestre
 3^{ème} trimestre
- Non

10. À quel terme votre compagne a-t-elle accouché ?

11. Pour vous, la sexualité est :

- un sujet tabou
 un sujet qui vous met mal à l'aise
 un sujet dont vous parlez librement
 autre, précisez :

Avant la grossesse :

12. Depuis combien de temps avez-vous une relation sentimentale avec votre compagne ?
.....

13. Comment était votre sexualité avec votre compagne avant la grossesse ?

- Très satisfaisante
 Assez satisfaisante
 Peu satisfaisante
 Non satisfaisante
 Ne souhaite pas répondre

14. Quelle était la fréquence moyenne de vos relations sexuelles par semaine avant la grossesse ?

- Moins de 1 fois par semaine
 1 fois par semaine
 2 à 3 fois par semaine
 4 fois par semaine et plus
 Ne souhaite pas répondre

15. Avant la grossesse, votre désir de ces relations sexuelles était :

- Toujours présent
 Souvent présent
 Rarement présent
 Ne souhaite pas répondre

16. Avant la grossesse, c'est vous qui étiez à l'initiative des relations sexuelles ?

- Toujours
 Souvent
 Aussi souvent que ma compagne
 Rarement
 Ne souhaite pas répondre

17. Avant la grossesse, votre plaisir lors des relations sexuelles était :

- Toujours présent
 Souvent présent
 Rarement présent
 Ne souhaite pas répondre

Pendant la grossesse :

18. Avez-vous poursuivi les relations sexuelles tout au long de la grossesse ?

- Oui Non

19. Si vous avez arrêté les relations sexuelles, à quelle période :

	Poursuite des relations sexuelles	
Du 1 ^{er} au 3 ^{ème} mois	oui	non
Du 4 ^{ème} au 6 ^{ème} mois	oui	non
Du 7 ^{ème} au 9 ^{ème} mois	oui	non

20. Si vous avez arrêté les relations sexuelles, qui a pris l'initiative ?

- Vous
 Votre compagne
 Tous les deux

21. Comment qualifieriez-vous votre sexualité pendant la grossesse ?

- Très satisfaisante
 Assez satisfaisante
 Peu satisfaisante
 Non satisfaisante
 Ne souhaite pas répondre

22. Au cours de la grossesse avez-vous ressenti des changements de votre sexualité ?

- Oui
 Non
 Ne souhaite pas répondre

23. Si votre sexualité a changé, indiquez cette évolution: (« + » si cela a augmenté, « - » si diminué ou « = » si inchangé)

	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre
<i>Exemple :</i>	+	=	-
<i>Envie de relations sexuelles</i>	<i>(plus d'envie)</i>	<i>(envie inchangée)</i>	<i>(moins d'envie)</i>
Désir/ libido			
Fréquence des rapports sexuels			
Pratiques sexuelles substitutives			
Plaisir lors des rapports sexuels			
Douleur lors des rapports sexuels			

24. Comment avez-vous vécu ces changements de votre sexualité ?

- Positivement
 Négativement
 De façon identique

25. Si vous avez interrompu ou diminué la fréquence de vos relations sexuelles à votre initiative, quelles en sont les raisons ?

- Modifications corporelles de votre compagne
- Baisse de la libido
- Inconfort des positions/ baisse du plaisir
- Risque du fait de la pénétration
- Conseils des professionnels de santé
- Autre, précisez

26. Si vous avez modifié vos pratiques lors des relations sexuelles, quelles en sont les raisons ?

- Peur de nuire au bébé
- Peur d'avoir un enfant anormal
- Peur de faire mal à la mère
- Peur d'une fausse-couche ou d'un accouchement prématuré
- Peur d'entraîner des contractions
- Autre, précisez

27. Si vous avez modifié votre sexualité suite aux recommandations des professionnels de santé, quel était ce professionnel :

- Médecin traitant
- Gynécologue- obstétricien
- Sage-femme
- Sexologue
- Psychologue
- Autre, précisez

28. Quelle était l'indication de ces recommandations ?

.....

.....

.....

29. Pendant la grossesse aviez-vous des peurs lors des relations sexuelles ? (Cochez une seule case par item)

Peurs	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas
Risque de contact de l'enfant avec le sperme				
Blesser l'enfant par la pénétration				
Faire mal à la mère				
Provoquer des contractions				
Provoquer une fausse-couche ou un accouchement prématuré				

30. Vos peurs concernant l'enfant ont-elles modifié votre sexualité ?

- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout
- Ne sait pas

L'information

31. Trouvez-vous important d'aborder le thème de la sexualité pendant la grossesse ?
 Oui Non
32. Comment estimez-vous votre niveau de connaissance concernant la sexualité pendant la grossesse ?
 Très suffisant
 Suffisant
 Insuffisant
33. Avez-vous ressenti le besoin de vous informer sur la sexualité pendant la grossesse ?
 Oui Non
34. Si oui, l'avez-vous fait ?
 Oui Non
35. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (*plusieurs réponses sont possibles*)
 Internet
 Livres
 Revues
 Votre compagne
 Votre entourage
 Un professionnel de santé
 Autre, précisez
36. Avez-vous abordé le sujet de la sexualité pendant la grossesse avec un professionnel de santé ?
 Oui Non
37. Si oui, était-ce avec :
 La personne qui a suivi la grossesse :
 la sage-femme
 le gynécologue-obstétricien
 le médecin traitant
 un sexologue
 une conseillère conjugale
 Autre, précisez
38. Si vous avez abordé le sujet était-ce :
 A votre initiative
 A celle de votre compagne
 A l'initiative du professionnel de santé
39. L'information reçue était utile ?
 Oui Non
40. Si vous n'avez pas abordé le sujet, pourquoi ?
 Pas nécessaire
 Vous n'avez pas osé
 Autre, précisez
41. Cela vous a-t-il manqué ?
 oui Non
42. Avez vous abordé le sujet de la sexualité pendant la grossesse avec votre compagne ?
 oui non
43. Si oui, vous a-t-elle transmis des informations ?
 oui Non

44. Si oui, quelles étaient-elles ?

- les conséquences de la sexualité sur la grossesse
- les contre-indications des relations sexuelles pendant la grossesse
- les possibilités sexuelles pendant la grossesse
- Autre, précisez.

45. Votre compagne avait-elle abordé le sujet de la sexualité pendant la grossesse avec un professionnel de santé?

- oui Non

46. Ces informations transmises par votre compagne ont-elles influencé votre sexualité ?

- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout

Selon vous :

47. Faut-il aborder le sujet de la sexualité pendant la grossesse ?

- Oui Non

48. Par quel moyen souhaitez-vous préférentiellement être informé à ce sujet ? (*Plusieurs réponses sont possibles*)

- dialogue avec le professionnel qui suivait la grossesse
- le médecin traitant
- un sexologue
- votre compagne
- une brochure d'information
- des réunions avec d'autres pères
- une réunion d'information avec des professionnels
- un film informatif
- un site internet
- des ouvrages spécialisés
- Autre, précisez.

49. Quel serait selon vous le moment le plus adéquat pour aborder le sujet de la sexualité pendant la grossesse ?

- Avant la grossesse
- les consultations de début de grossesse
- les consultations de milieu de grossesse
- les consultations de fin de grossesse
- les cours de préparation à la naissance
- l'entretien prénatal précoce
- Indifférent
- Ne sais pas

50. Sur quels thèmes pensez-vous que l'information doit se faire ?

(Plusieurs réponses sont possibles)

- les conséquences que peut entraîner la sexualité sur la grossesse
- les contre-indications et les précautions concernant l'acte sexuel
- les possibilités sexuelles pendant la grossesse
- Autre, précisez

51. Le fait de remplir ce questionnaire vous a-t-il gêné ?

- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout


Commentaires libres sur ce questionnaire :

.....
.....
.....

Je vous remercie de votre participation.

(Vous pouvez, selon votre préférence, le remettre aux sages-femmes du service ou le déposer directement dans la pochette placée dans la salle de soins.

Annexe II : Exemple de brochure d'information pour les couples




Points Clés

Les rapports sexuels :

- ❖ peuvent être poursuivis jusqu'à l'accouchement en l'absence de pathologie
- ❖ ne sont néfastes qu pour la mère ni pour le bébé
- ❖ ne sont pas responsables de fausse couche ou d'accouchement prématuré


Pour plus de renseignements sur la sexualité pendant la grossesse, vous pouvez vous adresser au professionnel qui suit la grossesse.




Clémentine Rayer
2016

Crédit image: L.Lacoste, Magimaman.com, Lexpress.fr

Sexualité & Grossesse



Osons en parler



Bien vivre sa sexualité pendant la grossesse

Questions/Réponses

Pouvons-nous continuer les rapports sexuels tout au long de la grossesse?

→ Oui, en l'absence de pathologie obstétricale.

Est-ce normal après l'orgasme d'entraîner des contractions ?

→ Oui, c'est parfois le cas mais l'orgasme n'est pas responsable de fausse-couche ou d'accouchement prématuré.

Quelles sont les contre-indications aux relations sexuelles pendant la grossesse ?

→ Le professionnel qui suit la grossesse vous indiquera si vous faites partie d'un groupe à risque. Sinon, il en existe 3 :

- la menace d'accouchement prématuré sévère
- un placenta bas inséré qui saigne
- une rupture prématurée des membranes

Est-ce normal de ne plus avoir de désir pour mon/ma partenaire ?

→ Il est fréquent pendant la grossesse d'avoir des fluctuations de son désir. Le plus souvent celui-ci baisse au troisième trimestre pour l'homme et la femme.

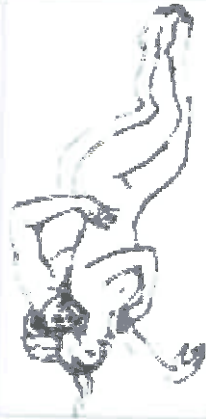
La grossesse modifie-t-elle la sexualité ?

→ Oui, pour la plupart des couples. Le principal changement est la baisse de la fréquence des relations sexuelles. Néanmoins, la grossesse peut être l'occasion de découvrir une autre forme de sexualité plus axée sur la tendresse par exemple.

Est-ce que lors d'un rapport sexuel il y a un risque de faire mal au bébé ?

→ Non, le bébé baigne dans son liquide amniotique et il est protégé dans sa poche au sein de la cavité utérine. Lors d'un rapport sexuel il ressent juste un bercement.

Quelques positions



Les positions latérales



La position d'Andromaque