



HAL
open science

L'information sur la sexualité pendant la grossesse dans le cadre d'un suivi de grossesse

Charlotte Vigier

► **To cite this version:**

Charlotte Vigier. L'information sur la sexualité pendant la grossesse dans le cadre d'un suivi de grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03327699

HAL Id: dumas-03327699

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03327699v1>

Submitted on 27 Aug 2021

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**L'information sur la sexualité pendant la grossesse dans le cadre d'un suivi
de grossesse**

**The information about sexuality during pregnancy through pregnancy
follow-up**

Par : VIGIER Charlotte

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 16 juin 2021

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2021

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**L'information sur la sexualité pendant la grossesse dans le cadre d'un suivi
de grossesse**

**The information about sexuality during pregnancy through pregnancy
follow-up**

Par : VIGIER Charlotte

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 16 juin 2021

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2021

Résumé :

Objectifs : L'objectif principal est de définir le nombre de femmes ayant reçu des informations sur leur sexualité pendant la grossesse. Les objectifs secondaires sont de déterminer la nature de l'information donnée aux femmes, et de déterminer si les femmes sont demandeuses d'information.

Méthodes : Cette étude est déclarative, descriptive monocentrique réalisée au Centre Hospitalier Grenoble-Alpes Voiron. Le recueil des données s'est effectué à l'aide de questionnaires distribués aux femmes dans le service de suites de couches entre le 30 novembre 2020 et 28 février 2021.

Résultats : Cent-cinquante et une femmes ont été incluses dans notre étude. Trente-huit (25,2%) ont reçu des informations sur leur sexualité pendant la grossesse. La majorité des femmes ont été informées en cours de préparation à la naissance, et dans 66,7% des cas les sages-femmes libérales ont pris l'initiative d'aborder le sujet. Le conjoint était présent dans seulement 31,6% des cas. Les thèmes les plus discutés étaient les fausses représentations ainsi que le manque de désir, sans utilisation de support adapté. La sage-femme est décrite comme le professionnel de santé privilégié. Selon 84,8% des femmes ce thème devrait être abordé systématiquement, et la majorité ont indiqué vouloir l'être au troisième mois de grossesse.

Conclusion : Les femmes sont peu informées sur ce sujet alors qu'elles sont demandeuses d'informations. La sage-femme paraît être le professionnel le plus adapté pour donner cette d'information.

Mots-clés : *sexualité et grossesse, informations, professionnel de santé, besoins*

Abstract :

Objectives: The main objective is to define the number of women who have had information about their sexuality during pregnancy. The secondary objectives are to determine the nature of the information given to women, and to determine whether women are information seekers.

Methods: This study is declarative, descriptive monocentric carried out at the Centre Hospitalier Grenoble Alpes Voiron. The data was collected using questionnaires distributed to women in the postpartum ward, between November 30 2020 and February 28, 2021.

Results: One hundred and fifty-one women were included in our study. Thirty-eight (25.2%) received information about their sexuality during pregnancy. Most of women were informed during birth preparation, and in 66.7% of the cases liberal midwives took the initiative to bring up the subject. The spouse was present in only 31.6% of the cases. The most discussed themes were the false representations as well as the lack of desire, without the use of adapted support. The midwife is described as the privileged health professional. According to 84.8% of women this topic should be addressed systematically, and the majority said they wanted it to be addressed in the third month of pregnancy.

Conclusion: Women are poorly informed on this subject although they ask for information. The midwife seems to be the most suitable professional for this delivery of information.

Keywords: *sexuality and pregnancy, information, health professional, requirement*

Remerciements :

Je remercie tous les membres du jury :

- Président du jury : **Mme SAVOY Delphine**, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes ;
- Co-Président du jury : **Dr BARO Patrice**, Psychiatre, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes ;
- Sage-femme invitée : **Mme VASSORT Nadine**, Sage-Femme, Coordinatrice à l'Hôpital Couple Enfant du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes
- Sage-femme directrice de ce mémoire : **Mme FRICKER Sylvie**, Sage-femme Sexologue à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes Voiron ;
- Sage-femme co-directrice de ce mémoire : **Mme CHAVATTE Chrystèle**, Sage-femme Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes.

Je remercie plus particulièrement :

- **Mme FRICKER Sylvie**, Sage-femme Sexologue à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes Voiron, et directrice de ce mémoire ;

Pour sa bienveillance, son aide et ses conseils précieux, et pour son temps consacré à ce mémoire ;

- **Mme CHAVATTE Chrystèle**, Sage-femme Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes ;

Pour ses conseils avisés et son aide dans la rédaction de ce mémoire ;

- **Mr DI MARCO Lionel**, Sage-femme Enseignant au Département de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes ;

Pour son accompagnement et son écoute tout au long de ses 4 années de formation ;

- **L'ensemble de l'équipe de Sage-femme** de la maternité du Centre Hospitalier Grenoble-Alpes Voiron ;

Pour leur aide précieuse dans la réalisation du recueil de données de ce mémoire ;

- **Mes ami(e)s, ma famille et Félix ;**

Pour leur soutien, leur amour, leur aide et encouragements.

Table des matières

Résumé	2
Abstract	3
Remerciements	4
Table des matières	6
Abréviations	8
I. Introduction	9
II. Population, matériel et méthode	12
1. Caractéristiques de l'étude.....	12
2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	12
3. Critères de jugement.....	12
4. Recueil des données.....	13
5. Analyse des données.....	15
III. Résultats	16
1. Inclusion des patientes.....	16
2. Description de la population.....	17
3. Information des femmes enceintes.....	19
4. Nature de l'information.....	19
4.1 Sujets ayant pris l'initiative d'aborder ce thème en premier.....	19
4.2 La présence du partenaire.....	21
4.3 A quel moment le thème de la sexualité est-il abordé ?	22
4.4 Thèmes abordés.....	23
4.5 Les supports utilisés.....	24
4.6 Le professionnel de santé privilégié.....	25

5. Besoin d'information sur la sexualité pendant la grossesse.....	26
IV. Discussion.....	29
1. Limite et biais.....	29
2. La population.....	31
3. Information des femmes enceintes.....	32
4. Nature de l'information.....	33
5. Besoin d'information.....	40
V. Conclusion.....	43
VI. Bibliographie.....	45
VII. Annexe.....	47

Abréviations :

DG : Diabète gestationnel

HSCP : Haut Conseil de Santé Publique

IFSF : Index de la Fonction Sexuelle Féminine

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAP : Menace d'accouchement prématuré

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PAG : Petit poids pour l'âge gestationnel

PMI : Protection maternelle infantile

RCIU : Retard de croissance intra utérin

RPM : Rupture prématurée des membranes

I. Introduction :

L'étude des informations données aux couples, et plus particulièrement à la femme lors d'un suivi de grossesse sur leur sexualité, est un sujet peu documenté dans la littérature médicale. La sexualité, sans la considérer comme un sujet tabou dans la société actuelle, paraît complexe à aborder, tant dans la vie quotidienne que lors d'un suivi médical.

L'image de la sexualité pendant la grossesse a évolué à travers les millénaires : par exemple, sous l'empire Romain, Soranos D'Éphèse médecin Grec, affirmait que les rapports sexuels étaient néfastes lors du premier trimestre pouvant entraîner des fausses couches [1]. Pourtant, aucune étude n'a, à ce jour, montré que les rapports peuvent être nuisibles pour la santé de l'enfant ou de la mère, dans le cadre d'une grossesse d'évolution normale [2][3][4].

Il y a donc quelques superstitions existantes dans la croyance collective des hommes et des femmes, et par manque de connaissances anatomiques ou d'informations celles-ci peuvent rester ancrées.

La grossesse est une période marquée par des changements physiques, psychologiques et hormonaux. La femme voit son corps se transformer au fil des mois. La sexualité évolue donc au cours de la grossesse, amenant les couples à s'adapter [2][4][5]. Ainsi, il est même écrit que les rapports sexuels pourraient être le reflet d'un meilleur état de santé chez la femme [2][6].

Selon une étude menée en 2012 par le Docteur Canameras en vue de l'obtention du diplôme de Sexologie, celle-ci montre que 100% des femmes d'un groupe ayant été informé sur la sexualité pendant la grossesse, si celle-ci était physiologique, pensaient qu'il n'y avait pas de risque dans la poursuite des rapports pendant la grossesse. Elles n'étaient que 57% à le penser dans le groupe n'ayant pas été informé [3].

Une information adéquate paraît donc avoir un rôle dans la poursuite d'une vie sexuelle sereine lors d'une grossesse, en levant les fausses idées conçues comme « la pénétration peut faire mal au bébé » ou bien « la peur d'accoucher prématurément ».

Notre place de sage-femme nous confère un rôle important dans l'accompagnement et l'information des couples dans cette nouvelle étape qu'est la parentalité, en la rendant la plus sereine possible, et en abordant le couple et sa sexualité.

De plus, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit la santé sexuelle comme étant un sujet de santé publique qui doit être soutenu par des programmes éducatifs en impliquant différents professionnels. Elle est considérée comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité » [6]. Ceci prône alors une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles. Au vu de l'impact de la santé sexuelle sur la santé globale, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) montre l'importance de la prise en compte de la santé sexuelle dans la consultation médicale, qu'elle soit générale ou spécialisée. Cette information peut se faire à toute étape de vie et auprès de toute personne, elle sera adaptée à chaque situation [7].

Lors de mes études en maïeutique, et plus particulièrement lors des stages réalisés, l'abord de la question de la sexualité pendant la grossesse fut rare, que ce soit en termes de conseils ou d'informations donnés. Lors des consultations prénatales, les questions concernant l'alimentation, le sport, la prise de poids ou les violences physiques ou psychiques sont abordées. Je n'ai, cependant, encore jamais eu l'occasion d'assister à un échange sur la sexualité pendant la grossesse, que ce soit à l'initiative des professionnels de santé ou des couples. La sexologie fait, pourtant, partie du programme de l'enseignement théorique des études de sage-femme. En tant que sage-femme nous accompagnons les couples au plus intime de leur vie ce qui nous laisse une place de choix pour aborder leur sexualité.

Alors pourquoi ce sujet, malgré les études et les recommandations, est-il si peu abordé ?

[6][7][8]

Quel est le pourcentage de femmes informées par les professionnels de la santé lors d'un suivi de grossesse ? Comment cette information est-elle transmise ? Les femmes sont-elles en réel besoin d'information ?

L'objectif principal de cette étude était de définir le nombre de femmes ayant eu des informations sur leur sexualité pendant la grossesse, chez les patientes ayant accouché à la Maternité de Voiron.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer la nature de l'information donnée aux femmes, puis de déterminer si celles-ci sont demandeuses de cette information.

Nos hypothèses étaient que peu de femmes seraient informées sur le sujet de la sexualité pendant la grossesse. Nous supposons également que les femmes auraient besoin et seraient demandeuses d'information sur leur sexualité, et ce à tout moment de leur grossesse.

II. Population, matériel et méthode :

1. Caractéristiques de l'étude :

Il s'agit d'une étude déclarative, quantitative, descriptive, monocentrique réalisée dans le département de l'Isère, à la maternité du Centre Hospitalier Grenoble-Alpes Voiron. C'est une maternité de niveau 2A comptant sur l'année 2020, 1250 accouchements.

Cette étude s'est étendue du 30 novembre 2020 au 28 février 2021, soit une durée de 3 mois.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion :

Ont été incluses dans l'étude :

- Toutes les patientes ayant accouché d'un singleton vivant, à la maternité de Voiron sur cette période ;
- Les patientes lisant et parlant le français ;
- Les femmes ayant un suivi obstétrical par un seul ou différents professionnels de santé (sages-femmes hospitalières et libérales, gynécologue-obstétricien, médecin traitant).

Ont été exclues de l'étude :

- Les patientes mineures ;
- Les femmes célibataires.

3. Critères de jugement :

Le critère de jugement principal est le pourcentage de femmes informées sur le sujet de la sexualité pendant la grossesse.

Les critères de jugement secondaires sont le pourcentage d'individus ayant pris l'initiative d'aborder le sujet, le moment d'abord, le type de sujets abordés, le pourcentage de partenaire

présent lors de l'information, la nature des supports d'informations utilisés et le type de professionnel de santé privilégié selon les femmes.

Enfin, les derniers critères de jugements secondaires sont le pourcentage de femmes souhaitant une information systématique, le moment souhaité, et le pourcentage de femmes qui auraient souhaité être informées lorsque cela n'a pas été réalisé.

4. Recueil des données :

Le questionnaire a été réalisé en accord et avec l'aide de la coordinatrice en maïeutique de la maternité de Voiron, de ma co-directrice et de ma directrice de mémoire, en m'inspirant d'autres grilles d'études déjà construites [9][10][11].

Afin de prendre en compte la possibilité de non-réponse ou d'un mauvais remplissage des questionnaires, ainsi que la part de la population ne rentrant pas dans les critères d'inclusion de cette étude, une période de trois mois a donc été nécessaire.

Ces questionnaires ont chacun été mis sous enveloppe pour conserver la confidentialité des réponses et l'anonymat des patientes. Ils ont été distribués par les sages-femmes du service, préalablement informées de mon étude par mail, et par moi-même lors de mes présences, aux patientes respectant les critères d'inclusions.

Les femmes pouvaient y répondre si elles le souhaitaient puis le confiaient aux membres de l'équipe avant leur sortie.

Les patientes incluses dans l'étude, ont été informées du contenu du questionnaire, par une courte introduction distribuée avec celui-ci ainsi que sur le caractère confidentiel respecté tout au long de cette étude. Ces données ont été recueillies sur un tableur Excel puis sur la base de données de R4WEB®.

Les items un à six (inclus) du questionnaire concernent la partie sur les caractéristiques de la population étudiée.

Les données recueillies sont :

- L'âge de la patiente en année ;
- La catégorie socio-professionnelle, classée selon l'Institut national de la statistique et des études économiques en 2020 (INSEE). La catégorie « employé » de notre étude intègre les employés qualifiés et non qualifiés de la classification de l'INSEE, et de la même façon la catégorie « ouvrier » prend en compte les ouvriers qualifiés ou non ;
- Le nombre d'enfants vivants ;
- L'existence d'une pathologie lors de la grossesse, renseignée par la patiente ;
- La présence physique du partenaire lors de la grossesse ;
- La satisfaction sexuelle pendant la grossesse.

L'item neuf correspond à la partie sur la présence de l'information de la femme enceinte.

Les items 11 à 17 déterminent la nature de l'information. Les données recueillies sont :

- L'individu ayant abordé spontanément le thème de la sexualité ;
- Le type de professionnel ayant fait cette démarche ;
- La présence du partenaire lors de l'information délivrée ;
- Le moment de cet abord, classé par mois de grossesse en intégrant les cours de préparation à la naissance et l'entretien prénatal précoce ;
- Les sujets abordés ;
- Les supports utilisés ;
- Le professionnel de santé privilégié pour cette information.

Enfin, les items sept, huit et 10 permettent de savoir si les femmes sont demandeuses d'une information. Les données recueillies dans cette dernière partie sont :

- L'abord systématique ou non de l'information sur la sexualité ;
- Le moment souhaité de cet abord, classé par mois de grossesse et intégrant les cours de préparation à la naissance et l'entretien prénatal précoce ;
- Le souhait d'information si cela n'a pas été réalisé.

5. Analyse des données :

Les données recueillies ont été analysées grâce à un tableur Excel ainsi qu'au logiciel R4WEB®. Une analyse statistique descriptive a été réalisée sur l'ensemble des variables recueillies.

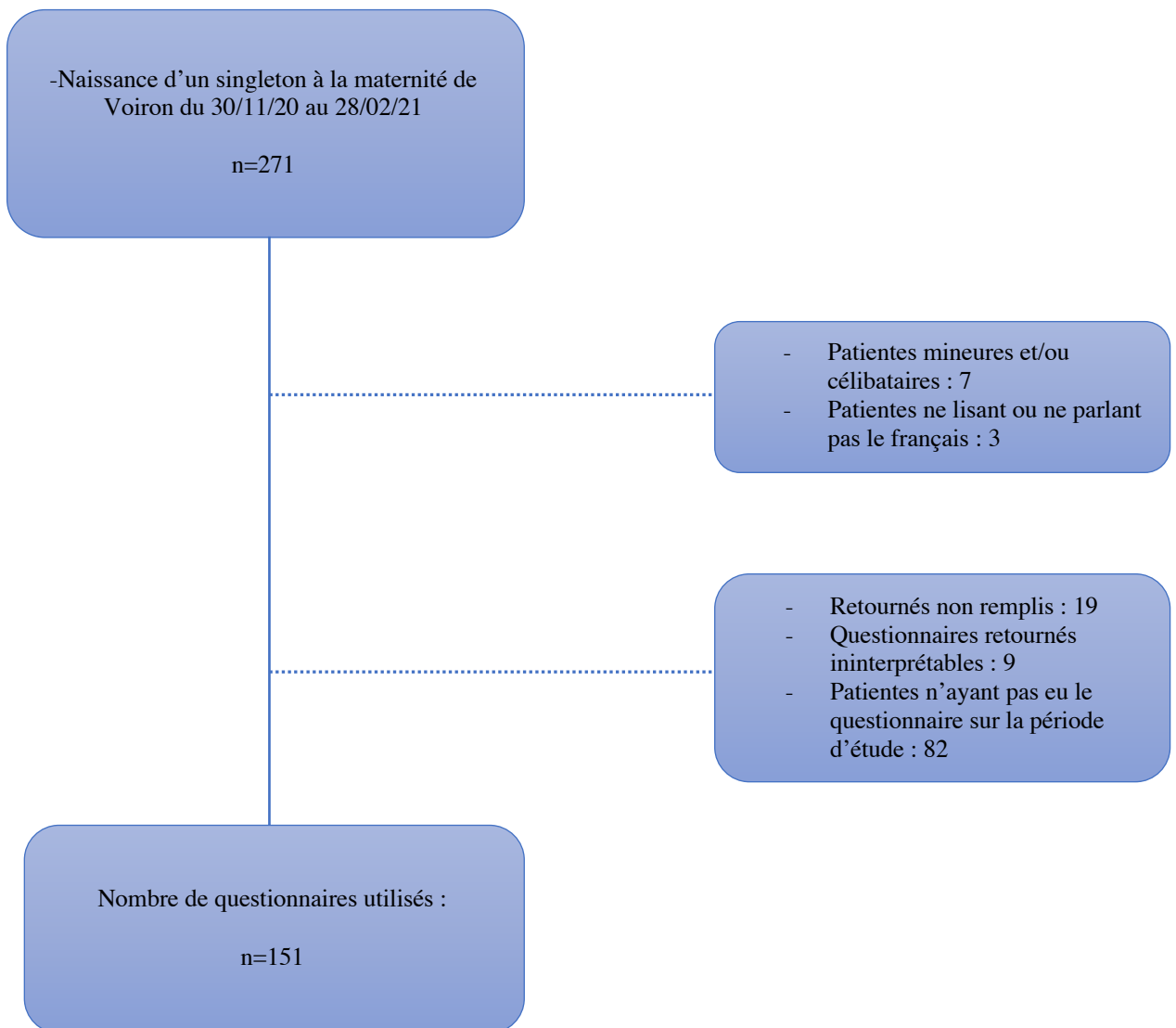
Les variables quantitatives continues ont été décrites par la moyenne et l'écart type, et remplacés par la médiane et l'écart interquartile en cas d'écart à la normalité. Les variables quantitatives sont : l'âge, et le nombre d'enfants.

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et la fréquence (%). Elles correspondent aux variables restantes.

III. Résultats

1. Inclusion des patientes :

Figure 1 : Diagramme d'inclusion de la population



Sur notre période d'étude, 271 patientes étaient présentes dans le service de suite de couches du Centre Hospitalier Grenoble Alpes Voiron. Parmi elles, sept patientes étaient mineures ou célibataires, et trois ne savaient pas lire ou écrire le français et ont donc été exclues de l'étude. Quarante-vingt-deux parturientes n'ont pas reçu de questionnaire.

Au total, 179 questionnaires ont été distribués. Dix-neuf questionnaires ont été retournés non remplis, et neuf ininterprétables. Finalement, 151 questionnaires ont été retournés et ont pu être interprétés.

Le taux de réponse fut donc de 89,4%.

2. Description de la population :

Le tableau I (ci-dessous), permet de décrire la population étudiée à l'aide des caractéristiques recueillies dans les items un à six du questionnaire.

Les patientes avaient une moyenne d'âge de 30,1 ans avec un écart type à la moyenne de cinq ans (5,2).

Concernant les catégories socio-professionnelles, les plus représentées dans l'étude sont les « employés » avec 65 patientes (43%) ; puis les « cadres et professions intellectuelles supérieures » avec 25 patientes (16,6%). La catégorie la moins représentée est « agriculteurs exploitants » avec trois sujets (1,9%).

La médiane du nombre d'enfant par femme est de un. Soixante-seize femmes ont un enfant vivant, ce qui représente donc plus de la moitié des patientes étudiées. Quarante-huit femmes avaient deux enfants (31,8%) ; et 27 patientes avaient trois enfants ou plus (17,9%). L'étendue du nombre d'enfant était de un à cinq enfants vivants.

Concernant les pathologies survenues pendant la grossesse, la majeure partie des femmes (84,7%) ont eu une grossesse physiologique. La pathologie la plus retrouvée était la menace d'accouchement prématuré (MAP) avec 10 patientes (6,6%) ; puis le diabète gestationnel (DG) avec cinq patientes (3,2%).

Enfin, le partenaire était présent pendant la grossesse dans 98% des cas. Cent-six femmes ont déclaré avoir été satisfaites d'un point de vue sexuel (70,2%), contre 45 patientes qui déclarent ne pas l'avoir été (29,8%).

Tableau I : Caractéristiques des patientes de l'étude (n=151)

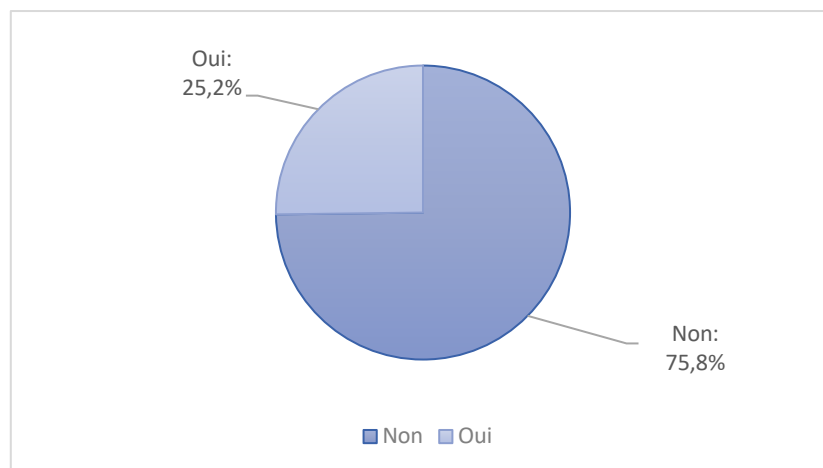
Caractéristiques	n= 151	
Age maternel en année ; m (e.t)	30,1	(5,2)
Catégorie socio-professionnelle, n(%)		
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4	(2,7)
Employés	65	(43,0)
Agriculteurs exploitants	3	(1,9)
Ouvriers	6	(4,0)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	25	(16,6)
Professions intermédiaires	10	(6,6)
Sans emploi	24	(15,9)
Autres	14	(9,3)
Nombre d'enfant vivants, med (EIQ)	1	(2-1)
1, n(%)	76	(50,3)
2, n(%)	48	(31,8)
≥3, n(%)	27	(17,9)
Pathologies lors de la grossesse, n(%)		
Cholestase gravidique	1	(0,7)
Diabète gestationnel	5	(3,2)
Malformation du cerveau de l'enfant	1	(0,7)
Menace d'accouchement prématuré (MAP)	10	(6,6)
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG)	1	(0,7)
Placenta praevia	1	(0,7)
Pré éclampsie	1	(0,7)
Retard de croissance intra utérin (RCIU)	1	(0,7)
Rupture prématurée des membranes (RPM)	2	(1,3)
Non	128	(84,7)
Présence physique du partenaire pendant la grossesse, n(%)		
Oui	148	(98,0)
Satisfaction sexuelle pendant la grossesse, n(%)		
Oui	106	(70,2)
(m=moyenne, e.t=écart type, med=médiane, EIQ=écart interquartile, n=effectif)		

3. Information des femmes enceintes

La figure 2 représente le taux de femmes ayant été informées sur leur sexualité pendant la grossesse.

Trente-huit femmes sur les 151 questionnaires retournés (25,2%) ont donc déclaré avoir reçu des informations sur leur sexualité pendant la grossesse par les professionnels de santé. Le taux de femmes n'ayant reçu aucune information était de 74,8%, soit 113 patientes.

Figure 2 : Taux de femmes informées sur leur sexualité pendant la grossesse



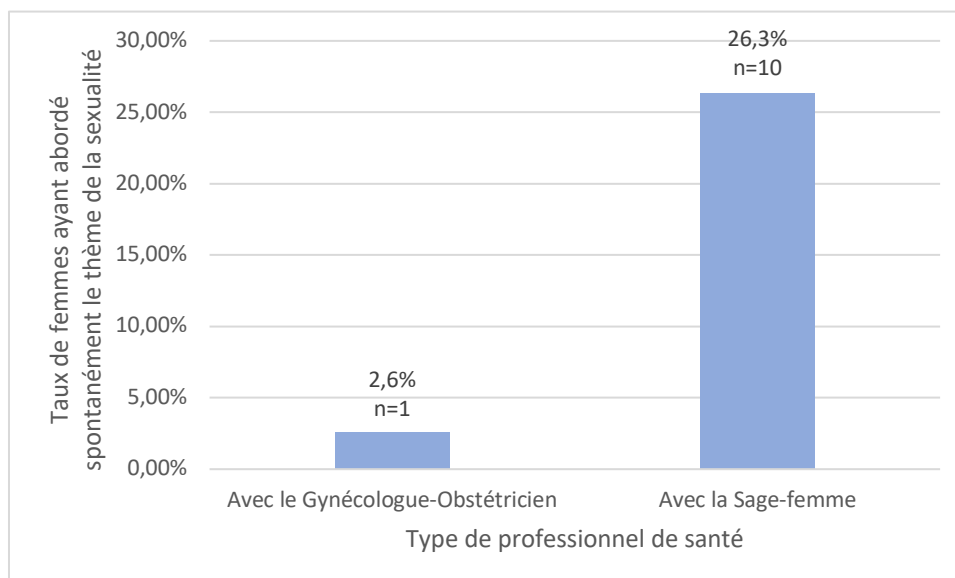
4. Nature de l'information

4.1 Sujets ayant pris l'initiative d'aborder ce thème en premier

Parmi les patientes ayant eu une information sur leur sexualité pendant la grossesse, 10 d'entre-elles (26,3%) ont indiqué avoir abordé le sujet spontanément en présence d'une sage-femme, et une seule (2,6%) en présence d'un gynécologue obstétricien.

La majorité des patientes (71,1%), soit 27 d'entre-elles, n'ont pas pris l'initiative d'aborder ce sujet, laissant alors ce thème être abordé par le professionnel de santé.

Figure 3 : Thème de la sexualité abordé spontanément par la patiente en fonction du professionnel de santé

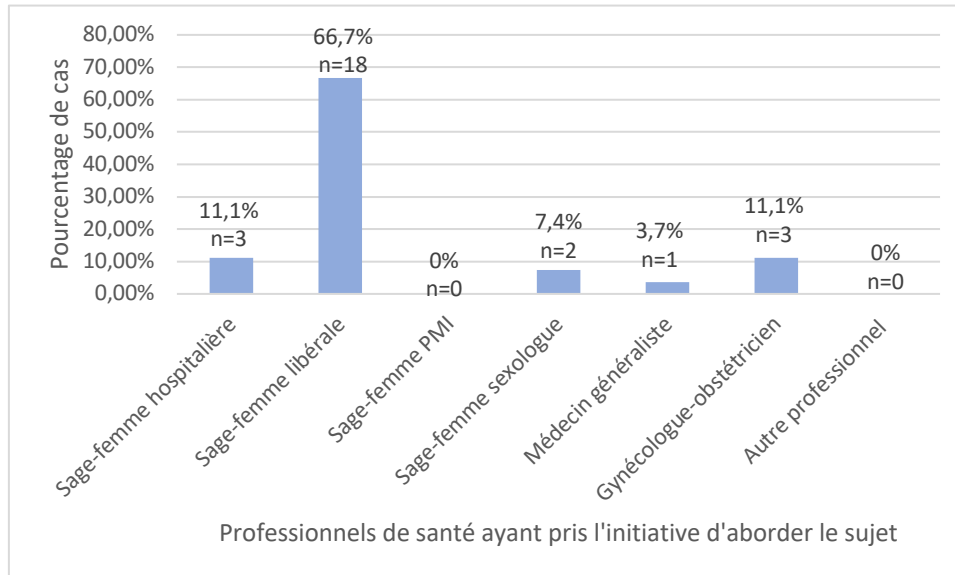


Dans 66,7% des cas, la sage-femme libérale a spontanément abordé le sujet de la sexualité au cours de la grossesse ; puis de façon égale viennent ensuite la sage-femme hospitalière et le gynécologue-obstétricien dans 11,1% des cas chacun.

La sage-femme de PMI est la catégorie de professionnelle de santé étant la moins représentée dans cette démarche avec aucun cas notifié.

Aucun autre professionnel de santé n'a été mentionné par les patientes.

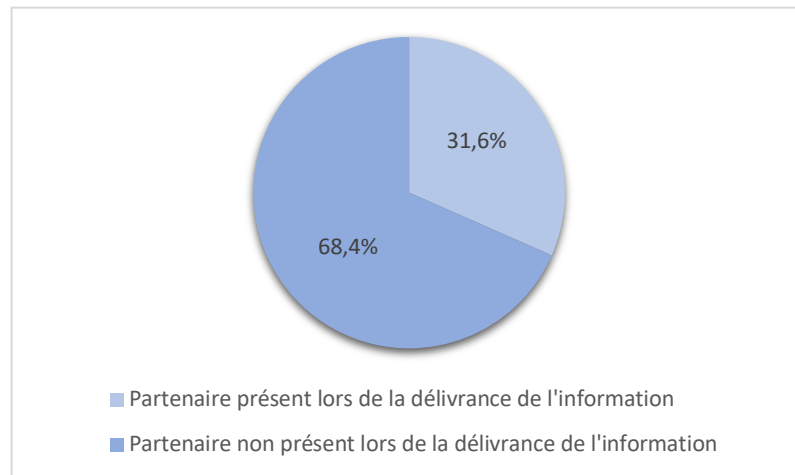
Figure 4 : Les professionnels de santé ayant pris l'initiative d'aborder le sujet de la sexualité



4.2 La présence du partenaire

Dans la majorité des cas (68,4%) le partenaire n'était pas présent lorsque le professionnel de santé a abordé le thème de la sexualité. Seul 12 femmes ont mentionné que leur partenaire était présent parmi les 38 femmes informées.

Figure 5 : Présence du partenaire lors de la délivrance de l'information sur la sexualité pendant la grossesse



4.3 A quel moment le thème de la sexualité est-il abordé ?

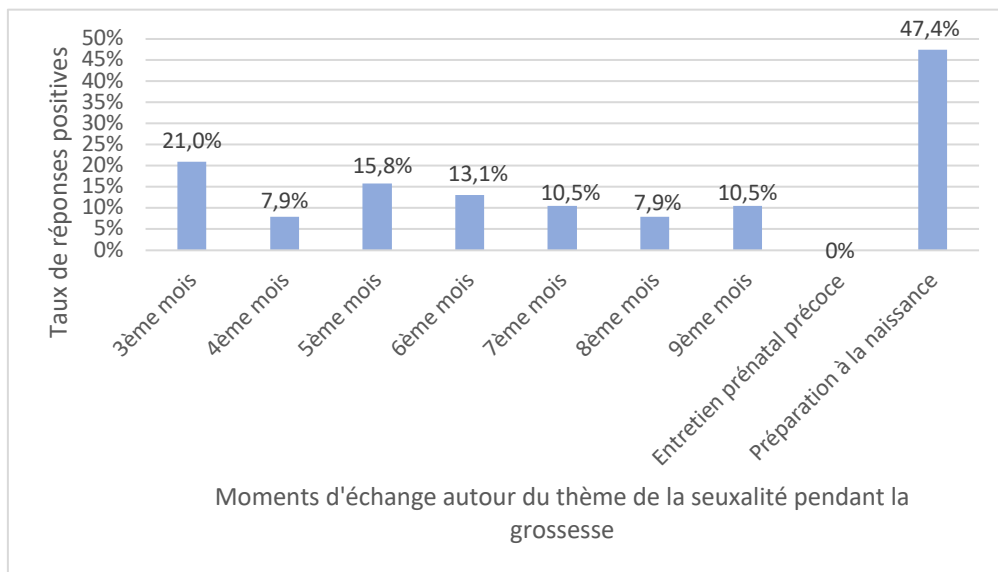
Concernant la question posée sur le moment de l'échange autour de la sexualité pendant la grossesse, la patiente pouvait choisir plusieurs modalités de réponses.

Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité ont été indiqués 18 fois (47,4%). Le troisième et le cinquième mois ont été notifiés huit (21%) et six (15,8%) fois respectivement.

Les moments d'abord du thème de la sexualité les moins représentés sont le quatrième et huitième mois de grossesse avec 7,9% de patientes informées, soit trois cas chacun.

Enfin, aucune des 151 patientes n'a indiqué avoir reçu des informations lors de l'entretien prénatal précoce.

Figure 6 : Moments d'échange autour du thème de la sexualité pendant la grossesse



4.4 Thèmes abordés

A la question des sujets abordés sur le thème de la sexualité, les femmes pouvaient également donner plusieurs modalités de réponses.

Le sujet abordé en majorité, chez les 38 patientes ayant été informées pendant leur grossesse, était « les fausses représentations existantes » (peur de toucher le bébé/faire mal au bébé, peur de faire une fausse couche, peur d'accoucher prématurément, « bébé voyeur ») dans 57,9% des cas. Treize femmes (34,2%) ont répondu avoir été avisées sur « le manque de désir » envers leur conjoint, et 11 (28,9%) ont pu aborder « le ressenti douloureux lors des rapports sexuels ». Dans 18,4% des cas la réponse « les positions sexuelles à adopter » a été cochée.

A la dernière modalité de réponse, les sujets interrogés pouvaient mettre des réponses libres sur les « autres sujets » ayant été abordés avec le professionnel de santé.

« La pression de la part du partenaire », « les fuites urinaires après un rapport sexuel », ainsi que « la possibilité d'avoir des rapports sexuels avec un utérus contractile et un col raccourci »

étaient revenues une fois chacun soit dans 2,6% des cas. La réponse « les saignements post rapport sexuel » a été notifiée chez deux femmes interrogées, soit dans 5,3% des cas.

Tableau II : Sujets abordés sur le thème de la sexualité

Sujets sur la sexualité ayant été abordé en consultation	n=38
	Abordé
Changements physiques ; n (%)	7 (18,4%)
Changements psychologiques ; n (%)	5 (13,2%)
Communication ; n (%)	8 (21,1%)
Fausse représentation existantes ; n (%)	22 (57,9%)
Positions sexuelles à adopter ; n (%)	7 (18,4%)
Manque de désir ; n (%)	13 (34,2%)
Questions du partenaire ; n (%)	5 (13,2%)
Ressenti douloureux lors des rapports sexuels ; n (%)	11 (28,9%)
Autres ; n (%)	
Pression de la part du partenaire	1 (2,6%)
Fuites urinaires après un rapport sexuel	1 (2,6%)
Possibilité d'avoir un rapport sexuel avec un utérus contractile et un col raccourci	1 (2,6%)
Saignements post rapport sexuel	2 (5,3%)

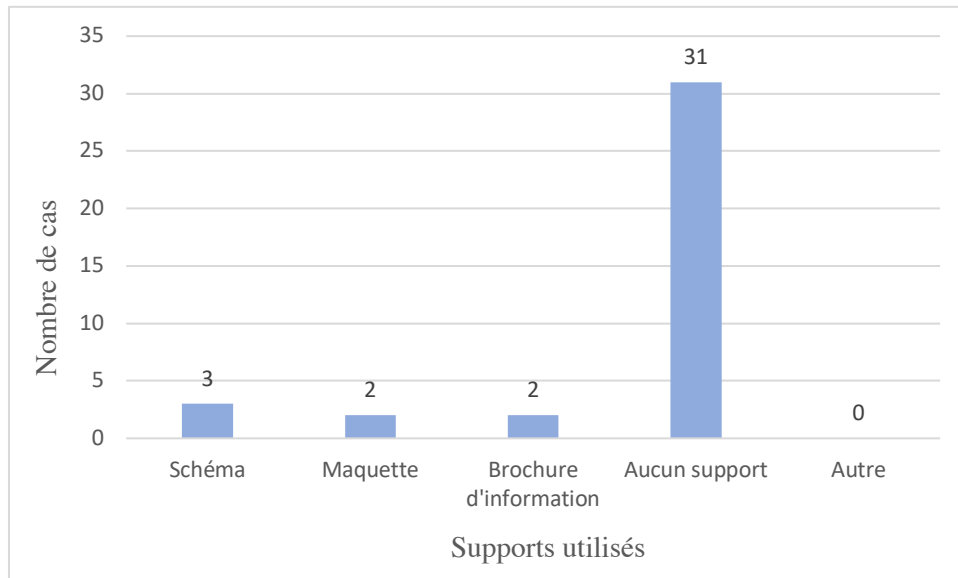
4.5 Les supports utilisés

Concernant la question posée sur les supports utilisés lors de la délivrance de l'information sur la sexualité pendant la grossesse, 31 des femmes informées (81,5%) ont répondu qu'aucun support n'avait été utilisé.

Trois femmes ont répondu qu'un schéma avait été utilisé. Deux femmes ont notifié l'utilisation de maquette ainsi que deux autres de brochure d'information.

On note que la réponse « autre support » n'a pas été remplie chez aucune des 38 femmes informées.

Figure 6 : Supports utilisés lors de la délivrance de l'information sur la sexualité



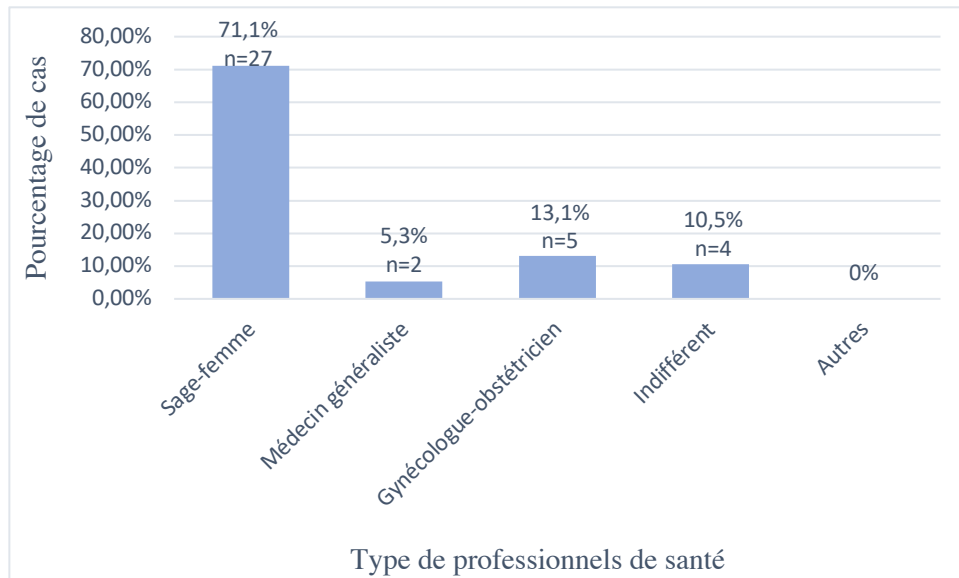
4.6 Le professionnel de santé privilégié

La figure 7 représente les professionnels de santé privilégiés pour les patientes ayant eu des informations sur leur sexualité.

A la question « Pour vous, quel est le professionnel de santé privilégié pour aborder le sujet de la sexualité ? » 27 des 38 femmes informées (71,1%) ont déclaré privilégier les sages-femmes. Cinq femmes sur les 38 informées ont coché la réponse du gynécologue-obstétricien, et quatre ont répondu que le professionnel de santé était indifférent pour elles. Le médecin généraliste a été notifié deux fois soit dans 5,3% des cas.

Aucun autre professionnel n'a été mentionné par les sujets.

Figure 7 : Professionnels de santé privilégiés selon les patientes informées



5. Besoin d'information sur la sexualité pendant la grossesse

Cent vingt-huit femmes sur les 151 interrogées (84,8%) ont répondu que le sujet de la sexualité pendant la grossesse devrait être systématiquement abordé.

Plusieurs modalités de réponses pouvaient être cochées à la question du moment opportun pour recevoir cette information.

Cent vingt-huit femmes (soit 42,2% des cas) ont répondu que le troisième mois était le moment idéal pour recevoir cette information, suivi ensuite des cours de préparation à la naissance dans 28,1% des cas. Le sixième mois a été notifié par 24 femmes (18,8%). Les moments semblant être les moins idéaux sont situés en fin de grossesse avec, dans trois cas chacun les consultations des septième et huitième mois. La consultation du neuvième mois a été cochée huit fois, soit dans 6,2% des cas.

Enfin, les femmes pouvaient écrire dans l'intitulé « autre » les moments leur semblant être judicieux pour aborder ce thème. Sept femmes ont indiqué la réponse « durant toute la

grossesse ». Une seule fois chacun les réponses « le plus tôt possible », « régulièrement car le sujet est tabou » et « après l'accouchement » ont été proposées par les femmes ayant répondu au questionnaire.

Enfin, 82,3% des femmes non informées durant leur suivi de grossesse sur leur sexualité, auraient aimé recevoir une information.

**Tableau III : Demande des femmes en matière d'information sur leur sexualité
durant la grossesse**

Questionnements	Oui
Abord systématique du thème de la sexualité, lors de la grossesse ; n (%)	n=151
	128 (84,8%)
Moment de l'abord systématique ; n (%)	n=128
3 ^{ème} mois ; n (%)	54 (42,2%)
4 ^{ème} mois ; n (%)	22 (17,2%)
5 ^{ème} mois ; n (%)	19 (14,8%)
6 ^{ème} mois ; n (%)	24 (18,8%)
7 ^{ème} mois ; n (%)	3 (2,3%)
8 ^{ème} mois ; n (%)	3 (2,3%)
9 ^{ème} mois ; n (%)	8 (6,2%)
Cours de préparation à la naissance ; n (%)	36 (28,1%)
Entretien prénatal précoce ; n (%)	15 (11,7%)
Autre :	
Durant toute la grossesse ; n (%)	7 (5,5%)
Régulièrement car sujet tabou ; n (%)	1 (0,8%)
Le plus tôt possible ; n (%)	1 (0,8%)
Après l'accouchement ; n (%)	1 (0,8%)
Souhait d'information lorsque cela n'a pas été réalisé ; n (%)	n=113
	93 (82,3%)

IV. Discussion

1. Limite et biais :

Tout d'abord, il existe un biais de sélection car c'est une étude monocentrique réalisée à la maternité de Voiron, transversale avec une population de mères, en couple, majeures, ayant accouché d'un singleton vivant, sachant lire et écrire le français. Par conséquent, ces résultats ne sont pas extrapolables sur l'ensemble de la population. De plus, le fait qu'une sage-femme sexologue (directrice de ce mémoire) réalise des consultations dans cette maternité, peut biaiser nos résultats. Ainsi, il se peut que l'on retrouve dans ce travail, un taux plus élevé de femmes informées sur leur sexualité pendant la grossesse, par rapport à d'autres études existantes.

D'autre part, la réalisation de cette étude à la maternité de Voiron, étant le lieu d'exercice de ma directrice de mémoire, a permis une meilleure communication avec l'équipe vis à vis de la diffusion de mon questionnaire. Malheureusement cette maternité est située à plusieurs kilomètres de mon lieu de domicile, et malgré ma présence régulière ainsi que certaines indisponibilités des patientes, 82 parturientes n'ont pas reçu le questionnaire.

En incluant ces patientes, nous aurions alors pu mener une étude sur un échantillon plus important, et ainsi améliorer la pertinence de cette étude statistique.

De plus, il existe un biais d'information concernant cette étude. En effet, nous avons choisi d'interroger les femmes dans le service de suites de couches sur leur sexualité existante pendant leur grossesse. Certaines questions ont donc fait appel à la mémoire des sujets interrogés.

Il aurait été peut-être judicieux d'avoir une idée de la satisfaction sexuelle de la femme avant la grossesse, afin de la comparer à celle existante pendant la grossesse. En effet, il existe un item dans le questionnaire sur la satisfaction sexuelle de la patiente pendant la grossesse. Les réponses à cette question ne pouvant être comparées à une satisfaction sexuelle antérieure à la

grossesse, celle-ci a été intégrée dans la partie « caractéristiques de la population ». Les réponses à cette question sont donc communiquées à titre informatif.

De la même façon, concernant la question sur les pathologies existantes pendant la grossesse, nous n'avons pas fait préciser si celles-ci avaient nécessité une hospitalisation des patientes. Cela aurait pu être pertinent, car même si l'effectif touché est faible (n=23), une hospitalisation peut mener les couples à s'interroger sur leur sexualité et peut probablement être préjudiciable pour la qualité de celle-ci. De plus, l'hospitalisation en cours de grossesse entraîne un éloignement physique des couples.

Il existe également un biais déclaratif puisque les mères pouvaient répondre au questionnaire de manière rapide pouvant alors fausser les résultats.

Une autre limite à cette étude est que le questionnaire est à destination uniquement des femmes. Il aurait été intéressant de recueillir l'avis de leur conjoint afin de connaître leur point de vue sur ce thème.

Distribuer le questionnaire en main propre a permis d'informer les patientes de l'importance de cette étude tout en leur laissant le choix d'y répondre et sans en divulguer le contenu. La sexualité étant encore un sujet sensible à aborder, les femmes pouvaient répondre au questionnaire en prenant tout le temps nécessaire sans se sentir gênées ou jugées, comme cela aurait été le cas si elles avaient dû répondre en présence de quelqu'un.

La méthodologie utilisée a donc permis d'avoir un taux de réponse important (89,4%). Ceci prouve également que le sujet intéresse les femmes.

2. La population

Selon le bilan démographique de 2020 publié par l'INSEE [12], l'âge moyen de la mère à l'accouchement est de 30,8 ans. La population de notre étude a une moyenne d'âge de 30,1 ans ($\pm 5,2$), ce qui est cohérent avec les données de l'INSEE [12].

La catégorie socio-professionnelle la plus représentée dans notre étude est celle des « employé » avec 43% de réponses. Ceci est cohérent avec les données de la population générale Française en 2020 selon l'INSEE [13].

Selon le bilan démographique de 2020 publié par l'INSEE [12], les femmes ont en moyenne près de deux (1,84) enfants, alors que dans notre étude la majorité des femmes (50,3%) sont des primipares et 31,8% accouchaient pour la seconde fois. Néanmoins nos résultats sont comparables à ceux décrits dans l'Enquête nationale périnatale de 2016 qui retrouve 42,2% de primipares et 35,6% de femmes qui mettaient au monde leur second enfant [14].

Une menace d'accouchement prématuré a été retrouvée dans notre étude dans 6,6% des cas ce qui est proche des données publiées par l'Enquête périnatale (5,4%) [14]. Dans cette même enquête 10,8% des femmes avaient un diabète gestationnel, alors que dans notre étude cette pathologie a été relevé dans 3,2% des cas. Un placenta prævia a été diagnostiqué chez une seule femme de notre étude (soit 0,7%) ce qui est similaire aux données publiées de cette enquête (1,1%)[14].

Enfin, comme l'Enquête périnatale de 2016 [14], la majorité des femmes (98%) avaient leur conjoint présent, et vivaient dans le même foyer au cours de leur grossesse.

3. Information des femmes enceintes

Notre hypothèse de départ était que le sujet de la sexualité pendant la grossesse est peu abordé lors des rencontres entre professionnels de santé et patientes.

Nos résultats montrent que seul 25,2% des femmes interrogées ont été informées sur le sujet de la sexualité pendant la grossesse.

Nos résultats semblent être en accord avec différentes études menées sur ce même sujet. Les données de K.P Kouakou et al. de son étude menée en 2011 en Côte d'Ivoire, montrent que seul 21,1% des gestantes avaient eu recours aux professionnels de santé pour s'informer sur la sexualité pendant la grossesse [15]. Néanmoins, il est possible que le sujet de la sexualité soit un sujet plus tabou culturellement parlant, en Côte d'Ivoire qu'en France, ce qui expliquerait la faible proportion de femmes informées.

Selon l'étude Française de C. Foucault en 2011, 17% des femmes avaient été informées sur le sujet en prénatal [9]. Selon une autre étude menée par C. Frey en 2018, 23% des femmes avaient pu aborder le sujet de la sexualité [10].

Le taux de femmes informées est comparable à celui d'autres études.

Le fait qu'une sage-femme sexologue travaille dans la maternité d'étude ne semble pas impacter nos résultats.

Le sujet de la sexualité peut être difficile à aborder pour certains professionnels de santé du fait que chaque individu et couple possède son propre vécu et sa propre expérience sexuelle. De plus, l'enseignement de sexologie au cours des études de santé reste pauvre, tant pour les médecins que pour les sages-femmes. Seulement quelques notions de base y sont abordées. Il est possible que l'abord de ce sujet en période prénatale soulève des interrogations auxquelles certains professionnels manquent d'aise et de connaissance pour y répondre. Cela peut donc

participer à la faible proportion de femmes informées sur le thème de la sexualité pendant la grossesse.

C'est parfois seulement au cours de cette période que certaines femmes évoquent le sujet de la sexualité pour la première fois avec un professionnel de santé.

L'éducation à la sexualité effectuée dans l'entourage familial joue également un rôle important pour la construction personnelle des individus. Afin de pallier les manques de communication éventuels pouvant exister au sein de certaines familles, des parcours éducatifs de santé sexuelle ont été créés au sein des programmes d'enseignement dans les collèges et les lycées [8]. Cela pourrait permettre aux individus d'acquérir plus d'aisance et d'ouverture pour aborder le thème de la sexualité.

Notre première hypothèse est donc validée.

4. Nature de l'information

Notre étude a montré que dans 71,1% des cas le professionnel de santé a pris l'initiative d'aborder spontanément le sujet de la sexualité. Ce professionnel de santé était dans la majorité des cas (66,7%) une sage-femme libérale. De façon égale venait ensuite la sage-femme hospitalière ainsi que le gynécologue-obstétricien dans 11,1% des cas chacun. La sage-femme PMI n'a pas été citée.

L'étude menée en 2012, par C. Jarlier montre que les femmes pensent dans les trois quarts des cas que c'est au professionnel de santé d'aborder le sujet. Dans la majorité des cas les femmes avaient été informées par une sage-femme libérale [11]. L'étude de C. Foucault montre que ce sont également les sages-femmes libérales qui ont le plus informé les femmes pendant leur grossesse [9].

L'organisation des consultations prénatales diffère en fonction des centres hospitaliers. Parfois, le professionnel de santé peut être amené à changer à chaque consultation mensuelle alors que dans d'autres établissements le professionnel de santé suit la femme dans sa globalité. A la maternité de Voiron, les sages-femmes de consultation suivent les mêmes patientes durant toute leur grossesse. Mais pour les femmes ayant un suivi extérieur, seules les consultations du huitième et neuvième mois sont réalisées à la maternité. Cela peut expliquer le fait que les sages-femmes hospitalières abordent peut-être, alors, moins le sujet de la sexualité, du fait qu'elles connaissent peu ces patientes et par le temps imparti pour créer leur dossier obstétrical. De plus, ces patientes étant vues au dernier trimestre de la grossesse, la période n'est peut-être pas opportune pour aborder le sujet de la sexualité systématiquement. De la même façon, les femmes peuvent se sentir moins à l'aise pour aborder spontanément le sujet de la sexualité avec un professionnel de santé qui n'a pas suivi sa grossesse depuis le début.

Dans notre étude 26,3% des femmes avaient abordé spontanément le thème de la sexualité. Ce taux est supérieur à celui de C. Jarlier puisque seul 15% des femmes avaient pris l'initiative de discuter du sujet [11]. On pourrait penser que le thème de la sexualité devient de moins en moins tabou au fil des années dans la population, et que les femmes se sentent en confiance avec leur professionnel de santé pour en parler.

Dans une autre étude, 92% des femmes ont été informées par une sage-femme mais sans mention de son statut professionnel libérale, hospitalière, sexologue ou de PMI [16].

Cependant le gynécologue-obstétricien était notifié, dans le travail de C. Foucault dans 48% des cas, ce qui est bien supérieur à nos résultats [9].

Cette différence entre nos travaux pourrait être expliquée par la démographie négative du taux de gynécologue-obstétricien formés en France depuis quelques années [17]. De ce fait, nous pouvons également penser que cette baisse a un impact sur la répartition régionale inégale des

gynécologues-obstétriciens [17]. Ceci pourrait alors expliquer en partie, le faible taux représenté par ces professionnels de santé au sein de notre étude.

Nous n'avons pas différencié les gynécologues-obstétriciens hospitaliers des gynécologues-obstétriciens libéraux. Il aurait pu être intéressant de les distinguer afin de savoir si, à l'instar des sages-femmes libérales, les gynécologues-obstétriciens libéraux sont plus représentés que les hospitaliers.

La sexualité est un sujet touchant l'intimité des individus. Un professionnel de santé peut donc, en fonction de son propre vécu et de son expérience, être plus ou moins à l'aise dans l'abord de ce thème.

Il est également possible que la présence d'une étudiante sage-femme en stage, lors d'une consultation de grossesse, puisse gêner les couples voire les professionnels pour aborder le sujet de la sexualité.

Il aurait été intéressant d'interroger les femmes de notre étude, sur les professionnels de santé ayant suivi leur grossesse. Ainsi, nous aurions pu comparer les taux de chaque professionnel de santé rencontré par les femmes durant leur grossesse, à ceux représentés dans la délivrance de l'information sur la sexualité.

A titre informatif, une étude nationale montre que 19,3% des femmes sont suivies pendant leur grossesse par un médecin généraliste, 25,2% par une sage-femme libérale, 14,8% par une sage-femme hospitalière, 4,3% par une sage-femme PMI et le reste des femmes par un gynécologue-obstétricien [14]. Au vu de ces chiffres, cela indique possiblement qu'un pourcentage plus élevé de femmes de notre étude a été suivi par un professionnel de santé libéral. Ceci peut expliquer que le sujet de la sexualité ait été en majorité abordé par celui-ci.

Nos résultats montrent que le partenaire était présent pour 12 femmes ayant reçu des informations sur le sujet de la sexualité.

Pourtant selon l'étude de C. Rayer, la totalité des hommes avaient affirmé avoir ressenti un changement de leur sexualité pendant la grossesse de leur compagne. Seul 38% avaient alors indiqué poursuivre les relations sexuelles durant toute la grossesse. La grande majorité des couples a donc diminué ou stoppé ses relations sexuelles à un moment de la grossesse [4]. Les craintes principales désignées étant « la crainte de blesser l'enfant lors de la pénétration », « la peur de provoquer des contractions utérines » [4][16]. Cette même étude montre également que la moitié des hommes ont vécu négativement les modifications de leur sexualité liées à la grossesse [4].

Dans l'étude de C. Frey [10] c'est 50% des conjoints qui s'interrogent sur leur sexualité. Les conjoints se sentent donc concernés à tous les moments de la grossesse sur le sujet de la sexualité [11].

Il semble donc important que les conjoints soient présents lorsque ces informations sont données, afin qu'ils puissent poser leurs questions, et également avoir des clés pour s'adapter à toutes les modifications entraînées par la grossesse, et chasser des fausses croyances pouvant exister. Or dans notre étude, peu de couple était présent puisque 12 partenaires étaient présents parmi les 38 femmes informées (31,6%).

Nos résultats indiquent que les consultations de suivis de grossesse sont moins représentées comme moment d'échange avec le professionnel.

Notre étude est en accord avec celle de C. Foucault et de C. Toesca, puisque la majorité des femmes ont été informées lors des cours de préparation à la naissance. De la même façon, aucune femme n'a bénéficié d'information au cours de l'entretien prénatal précoce [9][16].

Ici, il aurait été intéressant de savoir si les femmes interrogées avaient bénéficié de cet entretien.

Il est possible qu'aucune femme n'ait eu d'information au cours de cet entretien, parce qu'aucune n'en a bénéficié.

Rappelons que selon l'enquête périnatale, seul 28% des femmes bénéficient de cet entretien au cours de leur grossesse alors que 85% des maternités déclarent en organiser. Les séances de préparation à la naissance sont suivies par 78% de primipares et 34% de multipares [14].

Ces séances semblent être un moment idéal à la discussion, puisque c'est un lieu d'échange personnalisé avec le professionnel de santé, pouvant être fait en groupe ou de façon individuelle. De nombreux sujets sont alors abordés comme les modifications physiques, psychologiques, et physiologiques de la femme enceinte, et dont le sujet de la sexualité fait partie [18].

Mais il aurait été judicieux d'interroger les patientes de façon approfondie afin de savoir à quels moments de la grossesse les séances de préparation à la naissance ont été faites, et si celles-ci ont été réalisées en groupe ou individuellement. En effet, nous pouvons penser que des séances réalisées en groupe sont moins propices à l'abord de la question de la sexualité, que des séances individuelles. La sexualité étant un sujet intime, il est possible que certaines femmes ne souhaitent pas en parler en présence d'autres personnes que le professionnel de santé. De la même façon le professionnel de santé peut se sentir gêné de discuter de sexualité devant un groupe de patientes éventuellement accompagnées de leur partenaire.

L'étude menée par C. Frey [10] a montré que la question du désir était au premier plan alors que dans notre étude celle-ci a été soulevée dans 34,2% des cas seulement, taux similaire à celui de L.Aribi [19]. Dans l'étude de C.Frey la question des « fausses représentations » revenait en seconde position [10]. Dans notre travail, comme dans celui de K.P Kouakou et al. [15], c'est plutôt cette dernière question des « fausses représentations existantes » qui est revenue comme

premier sujet abordé. Ce thème est pourtant retrouvé dans 13% des cas dans le travail de C. Jarlier [11]. Dans cette même étude les « positions sexuelles » ont été abordées dans huit pourcent des cas, alors que dans notre étude cet item a été notifié dans 18,4% des cas. On constate donc que les résultats donnés sur ces aspects varient entre les différentes études.

Nous savons que de nombreux facteurs existent et sont susceptibles d'influencer la sexualité lors de la grossesse. Nous pouvons retrouver, comme proposés dans notre étude, la crainte de blesser l'enfant, la douleur existante, la communication au sein du couple. Mais également les modifications des positions sexuelles dues aux changements physiques, ainsi que la présence des signes sympathiques de grossesse. Tout cela contribue donc au besoin d'information de la femme enceinte et de son conjoint [19][20].

Apporter un item à réponses libres nous semblait intéressant dans notre travail afin d'avoir une idée plus vaste des questions que se posent les patientes et leurs conjoints.

La majorité des patientes interrogées ont déclaré qu'aucun support n'avait été utilisé lors de la délivrance des informations. Seul trois femmes ont été informées à l'aide de schémas, deux à l'aide de maquettes et aucune à l'aide de brochure d'information.

On pourrait pourtant penser que s'aider d'un support adapté permettrait de dispenser une information claire et précise aux couples. Ainsi les couples auraient également une meilleure vision « anatomique » de ce qu'il se passe lors des rapports sexuels tout en chassant les fausses croyances pouvant exister. De la même façon, accrocher des affiches d'information sur les murs de salle de cours de préparation à la naissance ou de salle de consultation, pourrait éventuellement attirer la curiosité des couples et ouvrir la discussion sur le thème de la sexualité pendant la grossesse.

La majorité des femmes (71,1%) ont déclaré privilégier les sages-femmes pour aborder le sujet de la sexualité.

Différentes études montrent des taux similaires à ceux que nous avons trouvé [9][10][11].

Dans l'étude de C. Foucault, 19% des femmes ont indiqué privilégier le gynécologue-obstétricien, taux plus élevé que ce dont nous avons montré dans notre étude (13,1%) [9].

Les sages-femmes semblent donc avoir une place favorable d'accompagnement, grâce à leurs connaissances et compétences, pour cet échange tout en instaurant un climat de confiance.

En effet, elles sont présentes dès le début de suivi de grossesse, lors des séances de préparation à la naissance, de l'accouchement puis après celui-ci, ainsi que lors du suivi gynécologique de la femme. La sage-femme entre donc dans la sphère intime de la femme et du couple à différents moments de leur vie.

Il est important de rappeler que la sage-femme, d'après le référentiel des métiers, est compétente pour aborder le sujet de la sexualité avec le couple. Ces discussions peuvent avoir lieu durant les consultations prénatales, les cours de préparation à la naissance, puis lors des visites du post-partum [18][21]. De plus d'après le programme officiel de l'enseignement théorique des études de sage-femme, nous sommes formées sur des éléments théoriques en sexologie [22].

Ainsi, d'après la stratégie nationale de la santé sexuelle, les sages-femmes sont considérées comme professionnel de santé de premier recours, pour discuter de sexualité avec les couples [8].

Les sages-femmes elles-mêmes semblent se considérer comme interlocuteur privilégié pour cet échange avec les couples selon l'étude C. Frey [10].

C'est donc en parfait accord entre les réponses des femmes concernant le professionnel de santé privilégié et l'avis que les sages-femmes ont de cette question.

5. Besoin d'information :

Notre travail a montré que 84,8% des femmes interrogées pensaient que le sujet de la sexualité devait être abordé systématiquement au cours de leur grossesse. Pourtant seul 25,2% d'entre-elles ont bénéficié de cette information.

Ce taux est très bas, sachant que parmi les 74,8% de femmes n'ayant pas reçu d'information, 82,3% déclarent qu'elles auraient aimé en recevoir.

Ce taux est bien supérieur à celui d'autres études [10][19][20]. Nous pouvons supposer que les attentes des femmes ont évolué depuis quelques années, qu'elles souhaitent de plus en plus être informées sur ce sujet qui devient peut-être moins tabou.

Les deux moments opportuns, selon les femmes, pour recevoir cette information sont la consultation du troisième mois (42,2%), et les séances de préparation à la naissance (28,1%).

Les femmes de notre étude ont en majorité été informées lors des séances de préparation à la naissance (47,4%) puis lors du troisième mois (21%). Cela correspond globalement au moment attendu par les femmes, mais les proportions sont inversées.

Les moments semblant être les moins cités sont situés lors du troisième trimestre de grossesse (septième mois, huitième et neuvième mois dans 2,3%). Seulement sept femmes avaient notifié vouloir être informées pendant toute la grossesse ce qui est différent d'autres études [10][11].

Nous savons que le désir qu'éprouve une femme est amené à varier au cours de la grossesse. Celui-ci serait décrit comme étant abaissé au premier trimestre en lien notamment avec les maux de grossesse, et le risque de fausse couche. Le second trimestre, plus serein, serait souvent accompagné d'une amélioration de ce désir. Ceci serait dû à la disparition de certaines craintes liées au risque de fausse couche, mais aussi des nausées et vomissements ainsi que d'une perception positive de la femme envers son image corporelle. Enfin, le troisième trimestre serait

à l'inverse souvent accompagné d'un inconfort physique dû à la croissance du fœtus, pouvant abaisser le désir des femmes envers leur partenaire [2][4][5][10][16].

Nos résultats sont donc en partie en accord avec la littérature, puisque les femmes décrivent le troisième trimestre comme moment le moins opportun pour l'abord du thème de la sexualité. Cela est possiblement lié à leur désir pouvant être diminué lors de cette période.

Mais chaque couple étant différent, ce sujet peut être intéressant à traiter à n'importe quel moment de la grossesse. Il serait intéressant de l'aborder lors du premier trimestre de grossesse pour rassurer les couples, et de poursuivre ce travail en fonction de leurs attentes et besoins. Ceci permettrait de répondre aux interrogations que peuvent avoir les couples, en instaurant un climat de confiance entre la patiente/le couple et le professionnel de santé.

Nos résultats apportent une précision supplémentaire à ceux de l'étude de C. Foucault. Cette dernière a montré que le moment idéal selon les femmes pour aborder ce sujet était les séances de préparation, et en seconde place les consultations prénatales mais toutes consultations confondues [9].

Au vu de nos résultats, on constate qu'il y a un vrai travail à faire en tant que professionnels de santé pour pallier les attentes des femmes et des couples.

En effet, dispenser les informations nécessaires pour briser les fausses idées pouvant être véhiculées permettrait une sexualité épanouie lors de la grossesse. De plus, ceci faciliterait également la reprise et la qualité des rapports sexuels en post-partum [9][23][24].

Le rôle d'information de la sage-femme est donc important dans toutes les étapes de la vie d'une femme et permettrait un bien-être sexuel et une meilleure cohésion du couple [23][24].

Notre dernière hypothèse est que les femmes ont besoin et sont demandeuses d'information sur leur sexualité, et ce à tout moment de leur grossesse.

Cette dernière est donc validée.

V. Conclusion

Le sujet de la sexualité pendant la grossesse reste peu abordé par l'ensemble des professionnels de la périnatalité, que ce soit dans des études plus anciennes ou les plus récentes comme celle que nous avons menée.

L'information sur la sexualité se fait le plus souvent à l'initiative des professionnels, et en particulier des sages-femmes libérales lors des cours de préparation à la naissance. Ceci est en adéquation avec les attentes des femmes qui semblent privilégier ce professionnel de santé pour aborder ce sujet.

D'après notre étude, les conjoints sont peu présents, lors de la délivrance de l'information. Il est important qu'ils assistent à la discussion car nous avons vu, d'après plusieurs études, que la sexualité impactait également les ressentis et pratiques de l'homme.

Nous avons vu que les femmes trouvaient les séances de préparation à la naissance comme l'un des moments propices à cette discussion. Il serait alors intéressant de trouver un temps dédié pour aborder le thème de la sexualité pendant la grossesse lors d'une séance de préparation individuelle, d'autant plus que les conjoints sont conviés et souvent présents. Cela permettrait aux couples de recevoir des informations adaptées et de poser leurs questions éventuelles, et d'ouvrir possiblement une porte sur le sujet.

Ceci remplirait alors le cadre des actions de prévention et d'éducation à la santé sexuelle.

Malgré des résultats parfois différents, la plupart des études dont la nôtre, concluent que les thèmes les plus abordés et semblant être importants pour la femme, sont les fausses représentations existantes et le manque de désir.

Nous avons également souligné que les femmes sont demandeuses d'information. Notre étude rapporte également une différence existante entre les attentes des femmes concernant leur besoin d'information et celle qu'elles reçoivent en pratique.

La majorité des femmes non informées de notre étude auraient souhaité l'être.

Nous voyons donc qu'il y a un véritable travail à effectuer de ce côté-ci. Les patientes interrogées semblent être en faveur d'une information à la sexualité en période prénatale précoce. Il est important de s'adapter aux demandes et besoin de la femme et de son partenaire.

La sexualité est un enjeu majeur de prévention et de santé d'après la définition de la santé sexuelle de l'OMS.

La sage-femme, par ses compétences multiples, est un interlocuteur privilégié pour délivrer les informations sur la sexualité aux femmes, et ce dans toutes les étapes de leurs vies.

On pourrait s'interroger sur la place de l'accompagnement global des femmes. En effet, les femmes ayant ce suivi tissent un lien de confiance important avec leurs sages-femmes libérales. Il est possible que le sujet de la sexualité soit alors moins difficile à aborder du fait de cette proximité.

De plus, la mise en place d'éléments comme des affiches sur le « Kama Sutra de la grossesse » ou la diffusion d'un Quiz « sexualité et grossesse » aux couples lors d'une consultation, ou encore la distribution de plaquette d'information lors de l'entretien prénatal précoce mais également tout le long de la grossesse, permettraient d'amener le sujet de la sexualité plus facilement entre le professionnel de santé et les couples (cf. annexe).

A la suite de ce travail, il serait intéressant de mener une étude sur l'apport de l'information sur la sexualité des femmes/du couple au cours de la grossesse. On pourrait utiliser des grilles validées comme la grille IFSF (index de la fonction sexuelle féminine) qui est un outil psychométrique permettant de mesurer la satisfaction sexuelle des femmes (désir, plaisir etc.) [25]. Ainsi nous pourrions comparer la satisfaction sexuelle des femmes avant leur grossesse avec celle vécue au cours de celle-ci.

VI. Bibliographie :

- [1]. Tardieu Nicolas. Grossesse et sexualité à travers l'histoire. Ed. Connaissances et Savoirs, 2004, 68 pages.
- [2]. Chang S, Chen K, Lin H, et al. Comparison of Overall Sexual Function, Sexual Intercourse/Activity, Sexual Satisfaction, and Sexual Desire During the Three Trimesters of Pregnancy and Assessment of Their Determinants. J. of Sexual Medicine. 2011.
- [3]. Extrait de mémoire, Canameras M., Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire de Sexologie, De l'intérêt de donner une information sexuelle au cours du 1^{er} trimestre de grossesse et de son impact sur le comportement sexuel pré-natal. 2013 :62 pages.
- [4]. Extrait de mémoire de Sage-femme, Rayer. C, Sexualité et grossesse : Quelles sont les sources d'information pour les pères pendant la grossesse ? 2017. : 90 pages.
- [5]. Masters William H, Johnson Virginia E., Les réactions sexuelles. Paris, Ed Robert Laffont ; 1968
- [6]. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. Accessed March 3, 2021. Disponible sur : https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- [7]. Article du Haut Conseil de la Santé Publique, Santé sexuelle et reproductive. Accessed March 3, 2021. : 92 pages.
- [8]. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle-Agenda 2017_2030, Accessed 12 April 2021. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- [9]. Extrait de mémoire de Sage-femme, Foucault C. Sexualité du post-partum. Évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. 2011. : 92 pages.
- [10]. Extrait de mémoire de Sage-femme, Frey C., Grossesse et sexualité conjugale, 2018. : 62 pages
- [11]. Extrait de mémoire de Sage-femme, Jarlier C., Parler de sexualité pendant la grossesse, 2012. : 79 pages
- [12]. Bilan démographique 2020. Age moyen de la mère à l'accouchement | Insee. Paru le 19/01/2021. Accessed March 28, 2021. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724>
- [13]. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge | Insee. Accessed March 28, 2021. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546>
- [14]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. INSERM. Enquête national périnatale 2016, Accessed March 28, 2021. Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

- [15]. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *J. Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.*, Février 2011-pages 36-41
- [16]. Extrait de mémoire de Sage-femme, Toesca.C, Sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant : étude auprès de 75 primipares : quel impact de la naissance sur la sexualité féminine ? 2017. : 110 pages.
- [17]. Gynécologie et santé des femmes, CNGOF, L'offre de soins et les acteurs- statistiques, Accessed march 28, Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_02B.htm
- [18]. HAS Haute Autorité de Santé recommandations 2005, Accessed March 31, 2021. Disponible sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [19]. Article Aribi. L, Female sexuality during pregnancy and postpartum: a study of 80 Tunisians women, December 2012, Vol 90, n°12, Pages 873-877.
- [20]. La Revue Sage-Femme, Sexualité durant la grossesse : Revue systématique, December 2019, Vol 6-Issue 6, Ed Elsevier, Pages 293-301.
- [21]. CASSF - CNOSF, Référentiel métier et compétences des sages-femmes, Janvier 2010, Accessed March 28, 2021. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
- [22]. Ministère de l'Éducation Nationale et Ministère de la Santé. Arrêté du 19 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. *JORF* n°294 du 19/12/01, page 20115, texte n°21, Accessed April 5, 2021. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm>
- [23]. Dumon B, Bernard P, Le désir sexuel dans le post-partum, 2010, Ed Louvain Med, vol 3, n° 129, Pages 78-81
- [24]. Extrait de mémoire de sage-femme, Jalabert. A, Devenir père et mère, rester partenaires, 2012, 71 pages
- [25]. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R Jr, *J Sex Marital Ther.* 2000; 191-208.

VII. Annexe :

Annexe 1 : Information destinée aux femmes lors de la distribution des questionnaires

Bonjour,

Je m'appelle Charlotte VIGIER. Je suis étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Grenoble. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin de cursus j'ai réalisé ce questionnaire sur les informations reçues sur la sexualité pendant la grossesse. Celui-ci est et restera, tout le long de ce travail, strictement anonyme.

Votre participation est bien sûr non obligatoire, mais m'aiderait grandement dans la réalisation de ce projet. La durée de réponse à ce questionnaire est estimée à moins de 10 minutes et comprend 17 questions.

Merci de le confier aux sages-femmes, ou auxiliaires de puériculture une fois celui-ci complété et remis dans l'enveloppe **avant votre sortie**.

Je vous remercie de votre aide pour la réalisation de mon mémoire.

Charlotte VIGIER, étudiante Sage-femme

Annexe 2 :

Questionnaire sur la sexualité et la grossesse :

1. Quel âge avez-vous ?

.....

2. Quelle est votre catégorie professionnelle ?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Commerçant | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> Sans emploi |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire | <input type="checkbox"/> Autres |

3. Combien d'enfants avez-vous ?

.....

4. Votre grossesse a-t-elle été marquée par une pathologie particulière (*menace d'accouchement prématuré, placenta praevia, rupture de la poche des eaux pendant la grossesse...*)?

- Oui, laquelle : Non

5. Votre partenaire était-il présent physiquement lors de votre grossesse ?

- Oui Non

6. Au cours de votre grossesse, avez-vous été satisfaite d'un point de vue sexuel dans son ensemble ?

- Oui Non

7. Pensez-vous que le sujet de la sexualité doit être abordé systématiquement lors de votre suivi de grossesse ?

- Oui Non

8. Si vous pensez que ce point doit être systématiquement abordé, à quel moment du suivi de grossesse cela doit être t'il fait selon vous ?

- 3^{ème} mois 4^{ème} mois 5^{ème} mois 6^{ème} mois 7^{ème} mois
 8^{ème} mois 9^{ème} mois Cours de préparation à la naissance
 Entretien prénatal précoce Autre, lequel :

9. Avez-vous eu des informations sur votre sexualité pendant votre suivi de grossesse ?

- Oui Non (le questionnaire se termine pour vous à la question 10)

10. Si vous n'avez pas eu d'informations sur la sexualité pendant la grossesse, auriez-vous aimé en avoir ?

- Oui Non

11. Qui a abordé ce thème en premier ?

- Vous, en présence de quel professionnel était-ce :
.....
 Le professionnel de santé

12. Si c'est le professionnel de santé qui a abordé le sujet en premier, lequel était-ce ?

(Plusieurs choix possible)

- Sage-femme hospitalière Sage-femme libérale Sage-femme PMI Sage-femme sexologue
 Médecin généraliste Gynécologue-obstétricien Autres :

13. Lorsque la question de la sexualité a été abordée votre partenaire était-il/elle présent ?

- Oui Non

14. Au cours de quelle consultation de grossesse cela a été abordé ? (*Plusieurs choix possible*)

- 3^{ème} mois 4^{ème} mois 5^{ème} mois 6^{ème} mois 7^{ème} mois
8^{ème} mois 9^{ème} mois Cours de préparation à la naissance Entretien
prénatal précoce Autre, laquelle :.....

15. Quels sujets avez-vous abordé ?

- Changements physiques liés à la grossesse Communication dans le couple
 Ressenti douloureux Questions du partenaire
 Manque de désir Positions sexuelles à adopter
 Changements psychologiques
 Fausses représentations existantes (peur de toucher le bébé/faire mal au bébé, peur de faire 1 fausse couche, peur d'accoucher prématurément, « bébé voyeur » etc...
 Autres (lesquels) :

16. Quel(s) support(s)/moyen(s) a(ont) été utilisé ? (*plusieurs choix possibles*)

- Schéma Maquette Brochure d'information Aucun
 Autres, lequel :

17. Pour vous, quel est le professionnel de santé privilégié pour aborder le sujet de la sexualité pendant la grossesse ?

- Sage-femme Médecin généraliste Gynécologue-obstétricien
 Indifférent Autres, lequel :.....

Annexe 3 : « Kama Sutra de la grossesse » éditée par l'association les Baleines Bleues



Annexe 4 : Quiz « sexualité et grossesse », réalisé par S. FRICKER, Sage-femme sexologue



- | | |
|--|-----------|
| Le rapport sexuel est interdit pendant la grossesse | vrai faux |
| La grossesse diminue le désir sexuel | vrai faux |
| Je peux ressentir du plaisir pendant la grossesse | vrai faux |
| La pénétration peut blesser l'enfant | vrai faux |
| Certaines positions sont contre-indiquées pendant la grossesse | vrai faux |
| Le rapport sexuel épanouit le couple | vrai faux |
| L'enfant perçoit la satisfaction du couple | vrai faux |

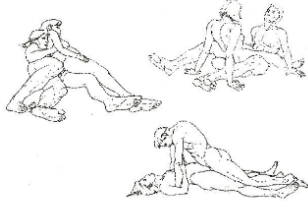


Annexe 5 : Plaquette d'information sur la sexualité du couple, réalisé dans le cadre d'un mémoire de Sage-femme par K-L. RUOL

Positions et astuces

Même si ces quelques conseils n'égalent jamais l'imagination débordante de chaque couple, voici par des illustrations la réponse à une question qui reste souvent non formulée, mais qui préoccupe beaucoup les futurs parents.

Quelles sont les positions compatibles avec un gros ventre ?
 « Tant que le ventre n'est pas imposant, toutes les positions sont possibles, à condition que le futur papa ne fasse pas reposer tout son poids sur le ventre de sa partenaire.
 « Quand vous pensez que le ventre peut gêner les rapports sexuels.



Nous ne nous permettons pas de commenter ces positions, qui comportent, comme chacun sait, de nombreuses variantes. Sachez seulement qu'elles "libèrent" le ventre et n'entraînent pas une pénétration trop profonde. Nous laissons libre cours à votre imagination et n'oubliez pas que tous les substituts de l'amour sont autorisés dans la mesure où ils respectent l'intimité, le désir et l'envie de chacun !

Contre-indications aux rapports sexuels

Les rapports sexuels peuvent avoir lieu jusqu'au jour de l'accouchement, cependant il existe certaines contre-indications : « Antécédents de naissances prématurées » Menace d'accouchement prématuré » Rupture précoce des membranes » Écoulement sanguin inexplicable » Placenta bas inséré » Grossesse multiple.
 N'ayez pas de craintes, si les rapports sexuels vous sont interdits, votre gynécologue ou la sage-femme vous en informera. Si vous-même avez un doute, n'hésitez pas à faire part de vos préoccupations aux personnes qualifiées qui suivent votre grossesse.
 Gynécologues et sages-femmes ne sont pas là pour juger, mais pour enseigner, vous permettant de vivre une grossesse épanouie.

5

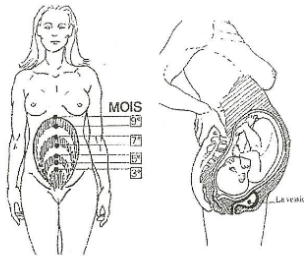
Les modifications anatomiques

Les seins

- Augmentent de volume.
- Deviennent souvent plus durs et plus lourds.
- L'aréole s'élargit, se fonce.
- Le réseau veineux apparaît à la surface de la peau.
- Leur sensibilité augmente.

Lutérus

C'est un "muscle magique" qui grossit tout au long de la grossesse pour atteindre parfois 30 fois son volume initial. A terme, il peut mesurer 33 cm au lieu de 8 cm.
 En se dilatant, il comprime les organes voisins (vessie, intestin, estomac...) provoquant les petits maux de la grossesse : envie fréquente d'uriner, reflux acides, constipation ou diarrhée... désagréments que la femme enceinte connaît bien.



Le vagin

Il se rétrécit du fait de l'afflux de sang : cela permet pendant les rapports sexuels une meilleure sensation du sexe du partenaire.

La vulve

- Les petites lèvres peuvent devenir violacées.
- Le clitoris augmente de volume.
- Les pertes blanches augmentent en début et en fin de grossesse : ceci est normal.

En général

De nombreuses modifications surprenantes sont observées au niveau du corps :

- la peau
- l'intestin
- l'odorat
- les cheveux
- la vessie
- le goût

2

A retenir

Les rapports n'entraînent pas de fausses couches, celles-ci étant généralement dues à une anomalie de formation de l'œuf.

Le sexe de l'homme ne peut pas entrer en contact avec le futur bébé : celui-ci ne peut être touché, écrasé, blessé.

Inversement, le futur père ne risque absolument pas de se faire "mordre" par son enfant.

L'orgasme peut provoquer une contraction de l'utérus mais cette dernière ne provoquera pas l'accouchement.

Lors des relations sexuelles, l'enfant est stimulé. Il bouge, réagit à l'amour de ses parents et se sent comme dans un bain bouillonnant.

Le bébé est sensible aux caresses sur le ventre de sa future maman.

Même si les acrobaties ne vous conviennent plus, n'oubliez pas la tendresse et le dialogue.

Si au cours d'un rapport sexuel, il vous arrive de saigner, venez consulter sans peur et sans honte.

Et si un conseil pratique vous permettrait de vivre une grossesse heureuse, sereine et harmonieuse ?

Les gynécologues et sages-femmes sont des personnes qualifiées pour répondre à toutes vos interrogations, alors n'hésitez pas !

En conclusion

Il est conseillé de continuer à faire l'amour pour le bonheur des deux partenaires et la bonne santé du couple.

Maintenir une activité sexuelle pendant la grossesse apporte un sentiment de sécurité et renforce le lien affectif entre les conjoints car il faut savoir qu'il persiste souvent chez la femme enceinte un désir très intense de démonstrations d'amour.

Les rapports amoureux permettent un enrichissement global pour les relations futures après l'accouchement.

Que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement, le couple doit se sentir libre de poursuivre ou d'interrompre les relations sexuelles d'un commun accord, sachant que de nombreux facteurs extérieurs (souvent méconnus des obstétriciens ou des sages-femmes), interviennent dans les relations entre deux puis trois êtres.

Futurs parents, que cette brochure contribue à vous faire vivre une grossesse heureuse, épanouie et sans tabous !

Département consulté et présenté par Katy-Line Ruol, diétète sage-femme, 40ème année de réalité de son mémoire portant sur "le manque d'informations sur les rapports sexuels pendant la grossesse".

6

Évolution de la sexualité au cours de la grossesse

Premier trimestre : le temps de la sexualité

De la conception à 2 mois 1/2 environ, la femme enceinte vit de profonds changements tant dans sa tête que dans son corps.

Manifestations physiques

De petits signes pas toujours bien vécus marquent le début de la grossesse : nausées, vomissements, tension des seins, constipation, fatigue, essoufflement, somnolence, pouvant entraîner des baisses du désir. Mais, rien n'est systématique. Les femmes préfèrent la tendresse et les câlins à l'acte sexuel et on observe, en général, une diminution d'environ 20% des rapports les 3 premiers mois. Le conjoint devrait, en réponse aux désirs de sa femme, se montrer tendre et rassurant.

Transformations psychiques

Même si aucune transformation physique n'est visible, le corps porte une vie nouvelle sur laquelle la future mère focalise. A la fois fascinée et angoissée, la libido de la femme passe pour certaines au second plan.

Pour d'autres futures mamans, rien ne change : le bébé encore immobile reste une idée ; ainsi leur sexualité reste inchangée.

Deuxième trimestre : l'amour comme avant

Au deuxième trimestre, la libido est intensifiée pour différentes raisons.

Manifestations physiques

- Nausées et fatigues se sont envolées.
- Le ventre s'est arrondi, mais pas gênant, permettant une vie sexuelle intensive et harmonieuse.
- La peau est de velours, la chevelure superbe, les seins glorieux.
- Le taux d'hormones féminines augmente considérablement.
- Au niveau du vagin, l'efflux de sang dans les veines pelviennes entraîne un engorgement du bas ventre provoquant une congestion permanente du sexe, la lubrification vaginale est importante.
- Ainsi, certaines femmes découvriront leur premier orgasme à ce moment-là.
- Le partenaire peut être intimidé par les légers changements physiques mais le regain de vitalité et l'enthousiasme de la future mère le bouleversent.

Transformations psychiques

La future mère s'affirme en tant que FEMME et "intensification de sa sexualité, à cette période, la rassure sur son statut et son pouvoir de séduction.

Quand bébé commence à s'imposer

Aux environs du 4ème mois, le bébé bouge ; le couple accepte à deux l'idée d'un nouvel être.

Il faut savoir

3

L'amour en attendant...

Informations sur la sexualité pendant la grossesse

La sexualité pendant la grossesse est, aujourd'hui encore, un sujet tabou, délicat dont on ne parle que très peu : nous proposons aux futurs parents cette documentation explicative afin de le banaliser.

La grossesse est une aventure unique pour chaque couple et chacun vit ce "voyage" long de neuf mois selon ses convictions et son imagination.

Ce dépliant vous donnera des réponses simples aux multiples questions qui restent trop souvent tuées.



1

L'orgasme ne dérange pas le bébé. S'il bouge pendant les rapports, c'est à cause de l'afflux et du reflux de sang dans la région pelvienne.

Ne pas confondre les spasmes orgasmiques avec les contractions utérines.

Grossesse et entente du couple

La grossesse rime souvent avec entente érotique plus forte, mais elle peut être révélatrice de certains problèmes relationnels ou sexuels : confiez-vous l'un à l'autre ou venez en parler au médecin ou à la sage-femme qui vous suit !

La femme : Elle est souvent fière de son gros ventre, se sent forte et a l'impression de dominer le monde.

L'homme : soit il ne voit plus le corps de sa compagne comme un objet de désir, soit il n'ose exalter ses fantasmes craignant des conséquences néfastes pour la suite de la grossesse.

Il peut se sentir frustré, isolé puisque sa compagne vit seule physiquement, une aventure commencée à deux.

Troisième trimestre : un désir incertain

Lors du dernier trimestre, la future maman voit ses désirs s'émousser et on observe souvent une diminution des rapports sexuels.

Trois mois parsemés d'inquiétudes

Au niveau physique, les signes sont nombreux et pesants : jambes lourdes, lumbagos, fatigue, hémorroïdes, brûlures d'estomac, ventre imposant rendent les femmes fragiles, voire déprimées.

Les couples ont souvent peur de déclencher l'accouchement par les rapports sexuels.

Plus on s'approche du jour J, plus la future mère appréhende la douleur et plus son désir sera inhibé et sa capacité orgasmique bloquée.

La tendresse prime

Le ventre de plus en plus imposant rend l'acte sexuel acrobatique. Mais le dialogue permet un échange amoureux : favorisez les gestes tendres, les baisers, les câlins, les caresses, les massages...

Chaque membre du couple doit se montrer compréhensif et sécurisant !

Dialogue et tendresse permettent de traverser avec bonheur cette période de gestation si riche en émotions contradictoires...

4

Résumé :

Objectifs : L'objectif principal est de définir le nombre de femmes ayant reçu des informations sur leur sexualité pendant la grossesse. Les objectifs secondaires sont de déterminer la nature de l'information donnée aux femmes, et de déterminer si les femmes sont demandeuses d'information.

Méthodes : Cette étude est déclarative, descriptive monocentrique réalisée au Centre Hospitalier Grenoble-Alpes Voiron. Le recueil des données s'est effectué à l'aide de questionnaires distribués aux femmes dans le service de suites de couches entre le 30 novembre 2020 et 28 février 2021.

Résultats : Cent-cinquante et une femmes ont été incluses dans notre étude. Trente-huit (25,2%) ont reçu des informations sur leur sexualité pendant la grossesse. La majorité des femmes ont été informées en cours de préparation à la naissance, et dans 66,7% des cas les sages-femmes libérales ont pris l'initiative d'aborder le sujet. Le conjoint était présent dans seulement 32% des cas. Les thèmes les plus discutés étaient les fausses représentations ainsi que le manque de désir, sans utilisation de support adapté. La sage-femme est décrite comme le professionnel de santé privilégié. Selon 84,8% des femmes ce thème devrait être abordé systématiquement, et la majorité ont indiqué vouloir l'être au troisième mois de grossesse.

Conclusion : Les femmes sont peu informées sur ce sujet alors qu'elles sont demandeuses d'informations. La sage-femme paraît être le professionnel le plus adapté pour donner cette d'information.

Mots-clés : *sexualité et grossesse, informations, professionnel de santé, besoins*